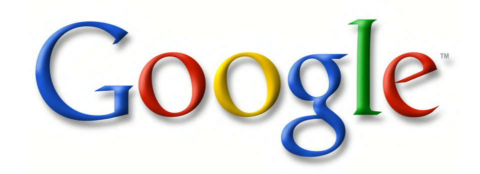
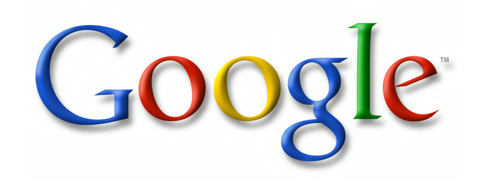
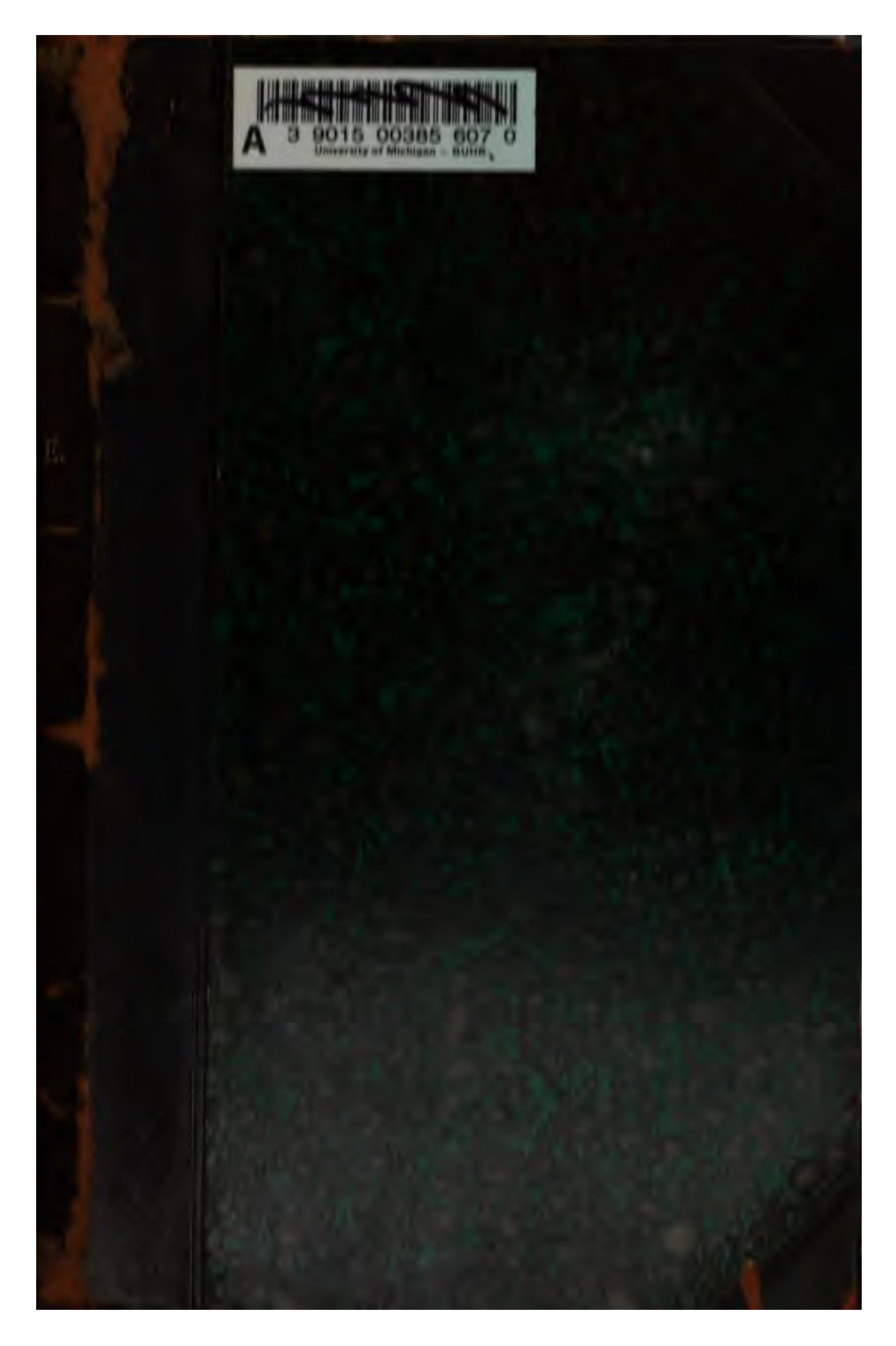
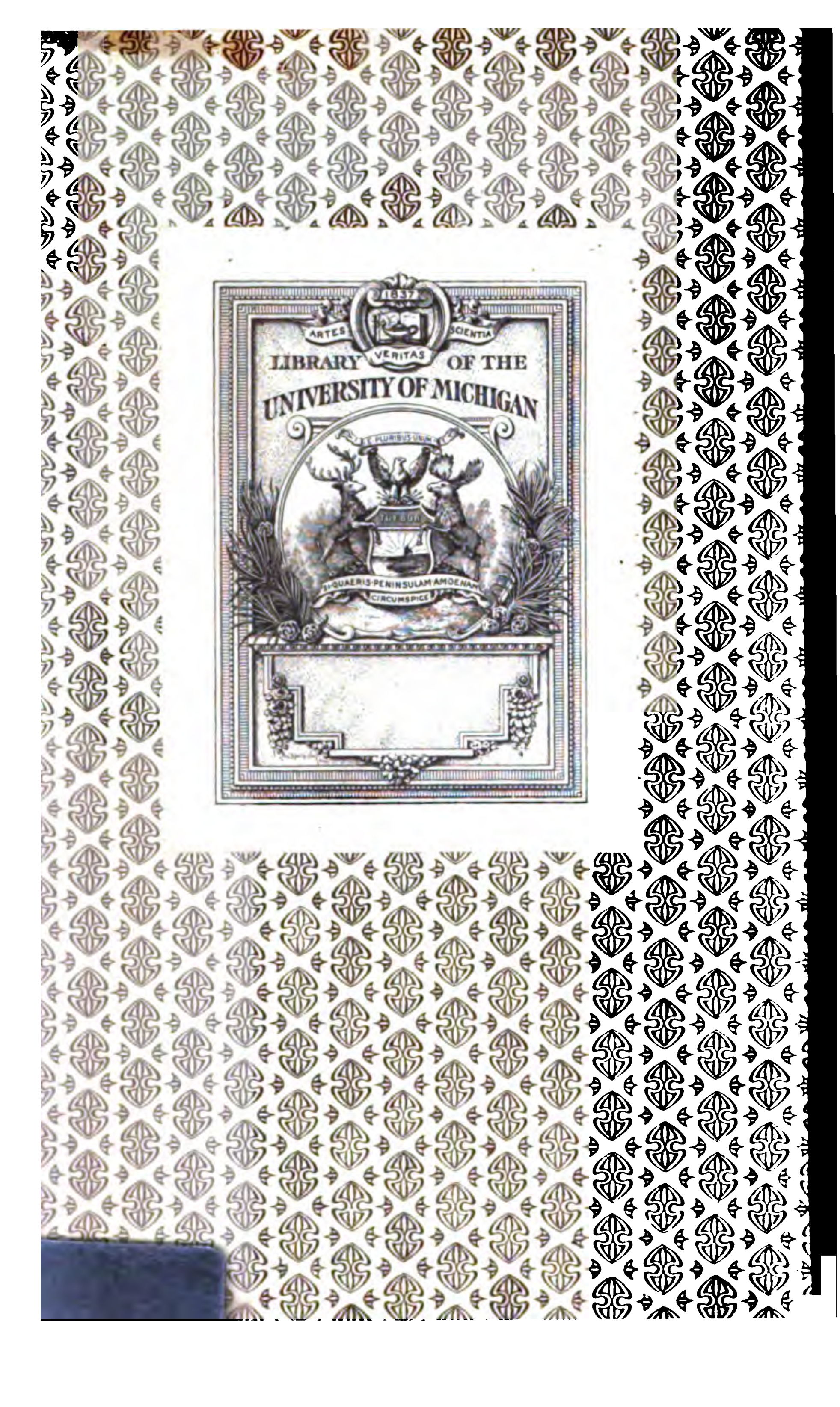
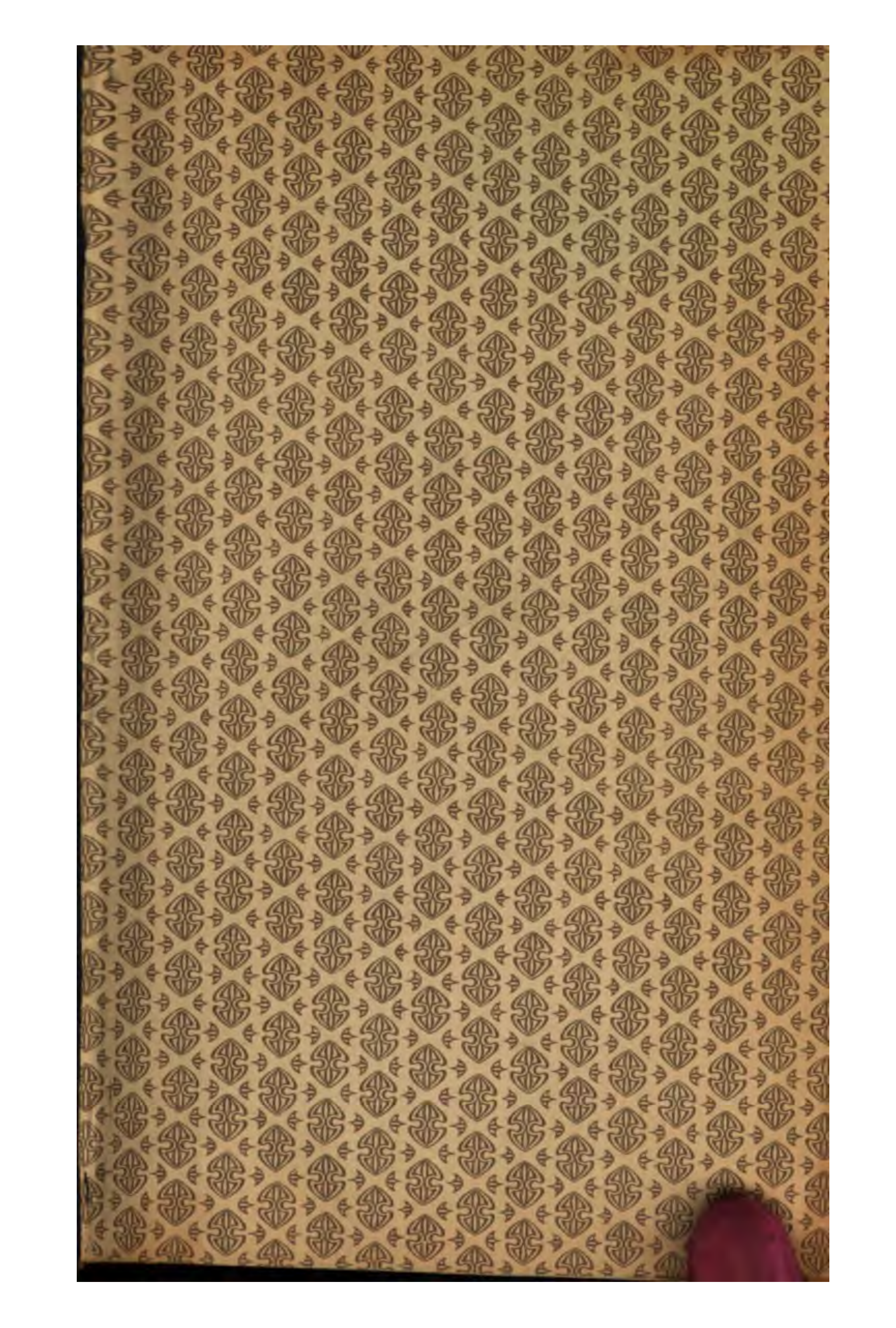





A 3 9015 00385 607 0
University of Michigan – BUHR


1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME XV

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris......................	18 francs.
Pour les départements...........	20 —
Pour l'Europe...................	22 —
Pour les États-Unis d'Amérique....	23 —
Pour les autres parties du monde.	25 —

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie H. LAUWEREYNS, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le D[r] LEBLOND, 9, rue de Mulhouse, pour la partie gynécologique; à M. le D[r] PINARD, 26, rue Cambon, pour la partie obstétricale; ou à M. H. LAUWEREYNS, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

(MALADIES DES FEMMES, ACCOUCHEMENTS)

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT, COURTY, T. GALLARD

Rédacteurs

A. LEBLOND ET A. PINARD

TOME XV

Contenant des travaux de MM.

JUDE HUE, MOREAU (Paul), LABAT, ESTLANDER, RENDU (Jouay),
DE FOURCAULD, REIN, VANDEN BOSCH, THÉVENOT,
GALEZOWSKI, GUIGNARD, GUICHARD, COURTY, POLAILLON, QUEIREL,
TARNIER, PAGGI, TERRILLON, GAILLARD-THOMAS, NICAISE.

1881

(1er SEMESTRE)

PARIS
H. LAUWEREYNS, LIBRAIRE-ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1881

PRINCIPAUX COLLABORATEURS

BARNES (Fancourt), médecin de la Maternité de Londres.
BERGERON (G.), prof. à la Faculté de Lille.
BOISSARIE, ex-interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'hôpital de Sarlat.
BOUCHARD (Ch.), prof à la Fac. de méd. de Paris, médecin des hôpitaux.
BOUCHUT, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.
BOURDON, membre de l'Académie de médecine.
BOZEMAN, chirurgien en chef de Women's hospital de New-York.
BROUARDEL, prof. à la Faculté de méd., médecin des hôpitaux.
BURDEL, médecin de l'hôpital de Vierzon.
CHARRIER, ancien chef de clinique d'accouchements à la Faculté de Paris.
CLOSMADEUC, chir. en chef de l'hôp. de Vannes.
CORDES (de Genève), prof. libre d'accouchem.
COURTY, prof. de clin. chirurg. à la Fac. de Montpellier.
DELORE, ex-chir. en chef de la Charité de Lyon.
DESNOS, médecin de l'hôpital de la Charité.
DESORMEAUX, chirurgien des hôpitaux.
DEVILLIERS, membre de l'Académie de médec.
DUGUET, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin des hôpitaux.
DUMAS, profes. d'acc. à la Faculté de méd. de Montpellier.
DUMONTPALLIER, médecin des hôpitaux.
DUMESNIL, prof. à l'école de méd. de Rouen, chirurgien des hôpitaux de Rouen.
FAYE, prof d'acc. à l'Université de Christiania.
FERÉOL, médecin des hôpitaux.
FERRAND, médecin des hôpitaux.
FOURNIER (Alfred), prof. à la Faculté de médecine, médecin de l'hôp. St-Louis.
GALLARD, médecin de l'Hôtel Dieu de Paris.
GAUTRELET, prof. d'acc. à l'éc. de méd. Dijon.
GILLETTE, chir. des hôp. de Paris, ex-prosect. à la Fac. de méd. de Paris.
GOMBAULT, médecin de l'hôpital Beaujon.
GRYNFELTT, prof. agrégé à la Fac. de médecine de Montpellier.
GUÉRIN (Alphonse), chirurgien des hôpitaux.
GUÉRINEAU, prof. à l'école de méd. de Poitiers.
HARDY (A.), prof. à la Fac. de médec., membre de l'Ac. de méd.
HERRGOTT, prof. à la Faculté de méd. de Nancy.
HERRGOTT (Alphonse), prof. agrégé à la Fac. de méd. de Nancy.
HEURTAUX, profes. à l'école de méd. de Nantes.
HUE (Jude), de Rouen.
JACQUET, ex-chef de clinique à l'école de méd. de Lyon.
LABAT, prof. d'acc. à l'éc. de méd. de Bordeaux.
LABBÉ (Édouard), médecin de la Maison municipale de santé.
LABBÉ (Léon), prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien de l'hôpital Lariboisière.
LARCHER (O.), anc. interne des hôp. de Paris.
LE FORT, prof. à la Fac. de méd. de Paris, chirurg. de l'hôp. Beaujon.
LEBLOND, médecin adjoint de Saint-Lazare.
LIZÉ, ex chir. en chef de la Matern. du Mans.
LUTAUD, médecin adjoint de Saint-Lazare.
MARTIN (A.), médecin adjoint de Saint-Lazare.
MARTIN (Edouard), ancien interne des hôpitaux de Paris.
NIVET, prof. d'acc. à l'école de médecine de Clermont-Ferrand.
ONIMUS, membre de la Soc. de biologie.
PAJOT, prof. d'acc. à la Fac. de méd. de Paris.
PARISOT, prof. adjoint à la Faculté de méd. de Nancy.
PENARD, ex-prof. d'accouchements à l'école de méd. de Rochefort.
PETER (M.), prof. à la Faculté de médecine, médecin des hopitaux.
PINARD, prof. agr. à la Fac. de méd. de Paris.
PILAT, prof. d'acc. à l'école de méd. de Lille.
POLAILLON, prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien-adjoint de la Maternité.
POUCHET (Georges), memb. de la Soc. de biolog.
POZZI, prof. agrégé à la Faculté de médecine.
PUECH (Albert), méd. de l'Hôtel-Dieu de Nîmes.
REY, prof. d'acc. à l'école de méd. de Grenoble.
RICHET, prof. à la Fac. de méd., membre de l'Acad. de méd., chirurg. de l'Hôtel-Dieu.
SAINT-GERMAIN (de), chirurg. de l'hôpital des Enfants-Malades.
SIREDEY, médecin de l'hôp. Lariboisière.
SLAVJANSKY, prof. d'accouch. à l'Acad. médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg.
TARNIER, prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien des hôpitaux.
TAYLOR (Robert), de New-York.
TILLAUX, profes. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien des hop., directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.
TRÉLAT (Ulysse), prof. à la Fac. de méd., membre de l'Ac. de méd., chir. de l'hôp. Necker.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Janvier 1881.

TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'OVARIOTOMIE.

Deux opérations. — Un succès (1).

Par le Dr Jude Hué (de Rouen).

Fellow de la Société obstéricale de Londres, secrétaire de la Société de Médecine de Rouen et membre correspondant de la Société de chirurgie.

Je ne désire point m'arrêter à l'historique bien connu de l'ovariotomie. Cependant, en présentant la première opérée d'ovariotomie et le premier travail sur ce sujet qui aient été soumis à notre Société, je ne puis passer sous silence que c'est

(1) Mémoire lu à la Société de médecine de Rouen dans la séance du 8 novembre 1880.

un chirurgien rouennais, Laumonier, qui, le premier, en 1781, après avoir ouvert l'abdomen, enleva l'ovaire de propos délibéré. Malgré le succès, et quoique Laumonier ne manquât point de publier l'observation — elle parut l'année suivante dans les Mémoires de la Société royale de médecine (1), — son opération resta un fait isolé et, jusqu'à Mac Dowel, en 1809, Laumonier resta sans imitateurs. Quelle conviction, quel désir robuste de combattre pour l'humanité ne fallait-il point, du reste, pour entrer dans cette voie !

Dieu merci ! nous ne sommes plus au temps où l'ovariotomie avait besoin de se défendre; où Kiwisch, Scanzoni, Gustave Simon, Dieffenbach, la repoussaient; où notre grand Velpeau, interprète de l'Académie de médecine, la condamnait comme une opération blâmable; où le plus illustre de ses défenseurs, Washington Atlee (de Philadelphie) qui, en 1870, pouvait dire qu'il était à sa trois cent quarantième opération et avait sauvé 70 à 80 pour 100 de ses malades, était traité de « boucher » par ses compatriotes qui ne passent pourtant point pour timides en matière opératoire. Dans ce temps, peu éloigné de nous puisqu'il ne remonte qu'à vingt et quelques années, la publication de toute ovariotomie était considérée comme un devoir : la profession cherchait le bien au milieu des hardiesses de quelques-uns et des anathèmes des maîtres les plus autorisés; elle ne pouvait se prononcer que sur des faits.

Aujourd'hui l'affaire est instruite et on peut affirmer que cette lutte acharnée pour l'existence n'a point été inutile à l'opération; que, pratiquée seulement par des hommes habiles, mis en garde par la discussion certaine et, au début au moins, peu sympathique de leurs actes, elle a obtenu des résultats qu'elle n'aurait point atteints si, acceptée d'emblée, elle était tombée dans le domaine chirurgical public. Il est, en effet, vraiment merveilleux de voir, dans certaines mains, l'ovariotomie donner

(1) Observation sur un dépôt de la trompe et sur l'extirpation de l'ovaire, par Laumonier (de Rouen), chirurgien en chef du Grand Hôpital et correspondant de la Société. In *Histoire de la Société Royale de médecine*, 1782, t. V, p. 296.

une mortalité inférieure à celle des moindres opérations. D'après une statistique formée par Legouest et reproduite par Sédillot, les amputations et désarticulations des doigts et des métacarpiens fournissent une mortalité de 13 pour 100, celles des orteils une mortalité de 18 pour 100 (1). Or, depuis l'adoption du pansement de Lister, Keith, dans sa dernière centaine d'opérées n'a perdu que 3 malades (2) ; il a eu 73 succès de suite; Schrœder, à l'Institut des femmes en couches, de Berlin, n'a eu que 1 cas de mort sur 33 opérées (3). Aussi, l'ovariotomie qu'ont illustrée chez nous Kœberlé et Péan, restera, quels que puissent être les insuccès d'un opérateur malheureux, une des grandes conquêtes de notre art qui déjà est plus loin : les tumeurs solides des ovaires et de l'utérus sont enlevées, l'hystérectomie elle-même, par les mains de Porro, de Tillaux, de Tarnier, de Lucas-Championnière, etc., est une opération relativement bénigne.

Il ne s'agit plus maintenant que de rechercher les meilleurs procédés opératoires.

Deux questions particulièrement sont à l'ordre du jour : l'application de la méthode antiseptique à l'ovariotomie et le traitement du pédicule et des adhérences. Je désire présenter quelques considérations sur chacune d'elles ainsi que sur la ponction exploratrice des kystes de l'ovaire et sur l'emploi des injections hypodermiques de morphine après l'ovariotomie.

De la ponction exploratrice.

Presque tous les auteurs : Kœberle, Courty, Graily Hewitt, Churchill, West, Nonat et Linas, Gaillard Thomas,

---

(1) Sédillot. *Traité de médecine opératoire*, 1845, t I, p. 363.

(2) Sims. *Thomas Keith and ovariotomy*. In *American Journal of obstetric*, avril 1880, p 290.

(3) Lutaud. *De l'application du pansement de Lister et de la méthode antiseptique à l'ovariotomie*. In *Annales de Gynécologie*, t. X, p. 39

A. Le Blond, etc., ont conseillé ou permis la ponction comme moyen de diagnostic, pour s'assurer de la liberté ou de l'adhérence du kyste, de sa composition, de son indépendance de l'utérus, enfin de son existence même. Je ne puis être de leur avis, car l'ablation ne cesse point d'être indiquée, au contraire, pour les tumeurs polyloculaires ou fibro-kystiques, pour celles même qui ont l'utérus pour point de départ, et les adhérences les plus à craindre, celles du bassin, ne sont point, de cette façon, sûrement reconnues. Quant à la ponction pratiquée en vue du diagnostic lui-même, on peut dire, d'une façon générale, que celui qui a besoin de ce moyen n'est point autorisé à l'employer, encore moins à entreprendre une ovariotomie. La ponction, dans ces circonstances, ne peut avoir que de mauvais résultats pour la malade.

En effet, une des conditions les plus essentielles du succès de l'ovariotomie réside dans la conservation des forces vitales ; la ponction a pour suite nécessaire de les amoindrir et, partant, les chances de guérison. C'est là ma principale objection, mais la ponction a encore d'autres inconvénients : la paroi des kystes ne contenant point de fibres musculaires ni élastiques (1) ne se referme point après la sortie du trocart et une certaine quantité de liquide peut s'échapper à sa suite, du sang même, si un petit vaisseau a été perforé. Et puis, la piqûre du péritoine pariétal et de celui qui recouvre le kyste, quand elle ne serait point aussi coupable des adhérences que certains chirurgiens l'ont prétendu, ne saurait être considérée comme une chose absolument innocente. Il peut résulter de tout cela un point de péritonite que nul ne peut répondre de maintenir local. Je pourrais citer un cas, inédit comme tant d'autres, où une ponction, pratiquée une semaine avant le jour fixé pour l'opération a été suivie d'une péritonite mortelle.

(1) Les recherches de Dubreuil (de Montpellier) qui a signalé une couche musculaire dans la paroi des kystes de l'ovaire n'ont été confirmées par aucun anatomiste. Voy. Nonat et Linas. *Traité des maladies de l'utérus*, p. 822.

Dans une statistique fournie par Kiwisch et reposant sur 130 ponctions, la mortalité s'est élevée à 17 pour 100 (1).

Dans son Traité des maladies des femmes, Graily Hewitt n'indique qu'une mortalité de 10 à 15 pour 100 (2); mais ces chiffres, fussent-ils encore trop élevés, me semblent suffisants pour faire repousser la ponction avant l'opération.

Ce n'est point que je combatte ici la ponction dite palliative. Il est des cas de kystes monoloculaires où, grâce à la lenteur de la reproduction du liquide, la ponction est un précieux mode de traitement. Je possède dans ma clientèle une dame dont le kyste, ponctionné une première fois par mon regretté ami Gignoux, a mis plus de cinq années à se remplir. Je l'ai ponctionnée de nouveau il y a deux ans; elle porte une ceinture compressive et est encore aujourd'hui en parfaite santé. Comme elle a dépassé 55 ans je l'ai, jusqu'à ce jour, détournée de l'opération radicale, mais, si je devais l'entreprendre, je me garderais bien de lui faire, une ou trois semaines auparavant, la ponction de son kyste.

Pansement de Lister.

On ignore quel est le premier chirurgien qui a introduit le pansement de Lister dans l'ovariotomie. M. Lucas-Championnière pense que c'est Newman, en 1872 (3); d'après M. A. Lutaud, le premier cas publié appartient à Anderson (de Salt-Lake-City) (4). Quoi qu'il en soit, l'adoption du listérisme rigoureux a été longue. On craignait l'action du spray sur le péritoine.

---

(1) Gaillard Thomas. *Practical Treatise of the Deseases of Women.* 3e édition, p. 663.

(2) Graily Hewitt. *The Pathology, diagnosis and Treatment of the Deseases of Women.* 3e édition, p. 644.

(3) Lucas-Championnière. *Chirurgie antiseptique.* 2e édition, p. 196.

(4) A. Lutaud. *De l'application du pansemement de Lister à l'ovariotomie.* In *Annales de Gynécologie*, t. X, p. 37.

L'ami même de Lister, Keith, resta jusqu'en 1877 sans oser l'employer. Il en était de même de Spencer Wells et de Péan. Cette réserve, devant une innovation qui n'avait point fait ses preuves, se comprend de la part d'ovariotomistes dont les succès dépassaient déjà 80 pour 100. Les chirurgiens d'outre-Rhin, moins favorisés, s'enhardirent les premiers et en furent largement récompensés. C'est ainsi que, pour l'avoir adopté, Howitz (2), de Copenhague, vit succéder 9 succès à une série désastreuse de 77 opérations, et Schrœder abaisser sa mortalité de 50 à 20 pour 100. Aujourd'hui, un bon nombre d'ovariotomistes l'emploient et, si l'on fait attention que la plupart des opérées qui succombent, meurent de septicémie ou de péritonite et que celle-ci, suivant l'opinion de Schrœder est toujours le résultat de l'infection et non du traumatisme, il devient évident que l'utilité d'un pansement qui s'oppose à la putréfaction des liquides s'imposera bientôt à tous.

Pour ce qui me regarde, je n'ai point hésité à appliquer dans mes deux opérations la methode de Lister que j'ai été un des premiers à adopter. Depuis 1871, en effet, où je pus voir à Londres, en particulier à l'hôpital Saint-Georges. dans le service de M. Pollock, les résultats merveilleux qu'elle donne, je n'ai cessé de l'employer dans ma pratique chirurgicale, et je n'ai jamais eu qu'à me louer de m'être rigoureusement conformé — sans discuter ni modifier — aux préceptes des maîtres. Ces préceptes, j'ai été très heureux de les relire, fidèlement rapportés et étayés de nombreux faits dans le livre de M. Lucas-Championnière où je trouve, entre autres, qu'en les suivant nos collègues à la Société de Chirurgie, MM. Terrier et Perier, ont obtenu, l'un 20 succès sur 22 ovariotomies, l'autre 8 succès sur 8 (1). Nous savons d'ailleurs que Keith, Spencer Wells et son élève Thornton, convertis au listérisme, ont vu augmenter encore la proportion déjà si grande de leurs succès ; que Keith, en particulier, dans sa dernière centaine d'opérations, n'a eu, comme

(1) Lucas-Championnière. *Loc. cit.*, p. 200.

je l'ai déjà dit, que 3 morts. Il est vrai de dire que sa moyenne, auparavant, était de 86 à 90 guérisons pour 100.

Voici comment j'ai appliqué la méthode antiseptique à mes deux ovariotomies.

Avant l'opération. — Les éponges soigneusement lavées ont été plongées, pendant deux jours, dans une solution d'acide phénique au 10°; les instruments nettoyés et frottés le matin avec une solution au 20° ; les mains des aides et les miennes plongées dans une solution au 40°.

Pendant l'opération. — Le spray était produit par un appareil de pulvérisation à vapeur contenant dans le récipient une solution au 20° ; les éponges étaient passées dans une solution chaude au 40°.

Après l'opération. — Le pansement a consisté en : *a*) de chaque côté de la réunion, immédiatement appliqué sur la peau et passant au dessous des extrémités tordues des fils d'argent, une bande de protective (taffetas vert) ; *b*) 12 ou 15 doubles de gaze phéniquée recouvrant largement le ventre ; *c*) deux épaisseurs d'ouate ; *d*) une feuille de gutta-percha laminée dépassant le tout et arrivant, de chaque côté, jusque sous les reins ; *e*) enfin, une large ceinture de flanelle fixée, à la main, avec une série d'épingles à boucles distantes l'une de l'autre de 2 centimètres à peine.

Du traitement du pédicule et des adhérences.

L'hémorrhagie, la péritonite et la septicémie causées par les liquides, qui après la fermeture de la plaie de l'abdomen s'écoulent des surfaces divisées et bientôt se putréfient, forment les dangers principaux de l'ovariotomie.

Sur 59 autopsies réunies par Peaslee la mort a été produite

Par la péritonite 12 fois.
Par la septicémie 1 fois.
Par l'hémorrhagie 9 fois (1).

Thornton, dans une communication faite le 21 fevrier 1878, à la société harveyenne, attribuait presque entièrement à la septicémie les 50 insuccès qu'il avait eus. D'un autre côté, Schrœder prétend à bon droit, selon moi, que la péritonite après l'ovariotomie est toujours le résultat de l'infection et non du traumatisme. Aussi le traitement du pédicule et des adhérences a-t-il toujours été l'objet des préoccupations des ovariotomistes.

Les premiers opérateurs semblent avoir laissé dans l'abdomen le pédicule lié et coupé aussi court que possible. C'était, du moins d'après Peaslee, la pratique que suivait Rogers en 1829, et plus tard Bellington (de New-York). Suivant G. Thomas, ce fut Martin, en 1849, qui fixa le premier le pédicule dans la plaie (2). Quoiqu'il en soit, si nous exceptons Tyler Smith et Baker Brown qui restèrent partisans de la réduction du pédicule — ce dernier même de la division de celui-ci par le cautère actuel — on peut dire que, jusqu'à ces derniers temps, les chirurgiens les plus autorisés et les plus heureux : Atlee, Peaslee, Spencer Wells, Kœberle, Péan, Keith, etc., avaient pour règle de fixer le pédicule dans l'angle inférieur de la plaie. Quand des adhérences un peu considérables avaient été rompues, une règle presque aussi invariable était de les fixer, quand la chose était possible, dans les lèvres de la plaie, et de placer dans l'angle inférieur de celle-ci un ou plusieurs tubes à drainage, voire même, dans les cas graves, de passer un drain à travers le cul-de-sac postérieur afin de s'opposer à toute stagnation de liquides septiques.

C'est à Kœberle que nous devons l'introduction du drainage de la cavité péritonéale et Keith, suivant Sims, l'aurait apprise de lui en 1868 (3). L'apôtre du clamp, si je puis m'exprimer

---

(1) Gaillard Thomas. *Traité clinique des maladies des femmes*, traduit et annoté par le Dr A. Lutaud, p. 673.

(2) G. Thomas. *Loc. cit.*, p. 671.

(3) Marion Sims. *Loc. cit.*, p. 299.

ainsi, était Spencer Wells qui, dans son livre sur les maladies de l'ovaire, cite à l'appui 36 opérations d'ovariotomies faites par lui à Samaritan-Hospital, de 1867 à 1868, et où les 5 cas de mort survinrent tous chez les malades dont le pédicule trop court avait dû être laissé dans l'abdomen. Jusqu'en 1878, Spencer Wells, dans ses leçons au « Royal College of Surgeons » soutint de tout le poids de sa grande expérience que le traitement du pédicule par le clamp était celui qui, de beaucoup, donnait les meilleurs résultats. L'Association médicale américaine a traité la question en 1876 et, dans la discussion, Washington Atlee, John Atlee, Hodge y soutinrent le traitement du pédicule par le clamp (1).

Cette façon de procéder offre néanmoins de grands inconvénients : le pédicule ne peut être maintenu à l'extérieur sans tension du ligament large correspondant, souvent sans tiraillement de l'utérus et de la vessie dont la gêne se manifeste par des envies plus fréquentes d'uriner, et on ne peut calculer l'influence de ce trouble apporté dans les organes du petit bassin, chez une femme dont le péritoine vient d'être soumis à un traumatisme pareil à celui de l'ovariotomie. C'est pour éviter ces tiraillements qu'un certain nombre de chirurgiens américains, parmi lesquels il faut citer Dunlap (de l'Ohio), Bradfort (du Kentucky), laissent le pedicule en place et le lient avec un fil de soie dont les chefs sortant par l'angle inférieur de la plaie sont destinés à maintenir le pédicule sous la surveillance du chirurgien, et même à le retrouver facilement en cas de besoin. Ils pratiquent en outre le drainage de la cavité abdominale à l'aide d'un tube, quand ils ne se contentent pas, comme le Dr Byford (de l'Illinois) du drainage opéré par les fils eux-mêmes (2).

Le traitement par le clamp présente encore d'autres dangers. L'extrémité du pédicule ainsi fixée se détache par mortification; une plaie en résulte qui ne se cicatrisera que par granulation et va, quelquefois pendant des semaines, être une porte ouverte

(1) *Transactions of the American Medical Association*, vol. XXVII, p. 223 et suivantes.

(2) *Transaction of the American Medical Association. Loc. cit.*, p. 227.

à l'infection et à la mort, comme la chose est arrivée à Netzel (1). De plus, la suppuration qui, sans le pansement de Lister, est le moyen nécessaire de la réparation peut, le long du pédicule, trouver une voie jusqu'au péritoine et même au delà, si des adhérences complètes ne se sont point formées. C'est ainsi que M. Chipault perdit une de ses opérées, et je ne puis résister à résumer ici l'instructive observation qu'il présenta, le 10 décembre 1879, à la Société de chirurgie :

Pendant les 7 premiers jours qui suivirent l'opération, la température oscilla entre 37 et 38 degrès. Alors survint du malaise, de légères coliques ; la température s'éleva à 39,5, le pouls à 140. Ce changement coïncidaavec une légère diminution du pédicule qui se retracta dans l'abdomen. A l'autopsie, on trouva que la réunion ne s'était faite que partiellement autour du pédicule ; du pus avait pénétré dans la cavité abdominale et une péritonite à forme torpide s'était produite, sans manifestation locale accusée, quoique la séreuse fût envahie dans toute son étendue.

D'un autre côté, si le drainage met en garde contre la rétention des liquides, la séreuse ne parvient à se défendre, contre l'irritation incessante que lui cause la présence du drain, qu'au moyen d'une péritonite partielle adhésive et par la formation, autour du tube ou des fils, d'une véritable membrane pyogénique, dont la rétraction graduelle pourra seule amener la cicatrisation. Or, pendant le temps que le travail s'accomplit, il reste en ce point, comme l'a décrit M. Pozzi (2), un clapier où la stagnation du pus est favorisée par le décubitus de la malade. Et puis, si le tube offre une voie d'écoulement aux liquides, il en est une aussi d'entrée pour l'air qui, à chaque inspiration, s'introduit et vient activer la suppuration, à moins, toutefois, que la méthode antiseptique ne soit employée.

---

(1) *Nordirk med. Archiv.*, janv. 1878.

(2) Pozzi. *De la valeur de l'hystérotomie dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'uterus*, p. 34.

Si donc on pouvait appliquer au pédicule et aux adhérences divisées un traitement qui mît à l'abri de tout suintement de sang ou de sérosité et qui permît de revenir, en sécurité, à la pratique des premiers opérateurs, c'est-à-dire de les laisser paisiblement dans l'abdomen dont les parois seraient refermées immédiatement, l'ovariotomie aurait réalisé un grand progrès. C'est ce que Keith et Péan ont accompli en revenant au fer rouge d'une façon méthodique et qui assure réellement l'hémostase.

Il y avait déjà longtemps qu'on connaissait, expérimentalement, le résultat de la cautérisation sur le péritoine ainsi que celui des ligatures perdues. En 1868, Spiegelberg et Waldeyer ont pu lier et cautériser les cornes de l'utérus chez des chiennes, refermer le péritoine et, vingt jours après, trouver celui-ci sans traces d'inflammation aiguë, sans mortification des parties étreintes par les ligatures qui étaient infiltrées de cellules et enchassées dans les tissus (1). Baker Brown, comme je l'ai déjà dit, avait sectionné au fer rouge pédicule et adhérences et réduit le tout dans l'abdomen ; mais, soit qu'il n'employât point le cautère, comme il convient pour assurer l'hémostase, soit par tout autre cause, les résultats de sa pratique n'avaient point encouragé à l'imiter. C'est bien à Keith et à Péan que nous sommes redevables de l'application méthodique du fer rouge dans l'ovariotomie et qui leur permet, en sécurité contre l'hémorrhagie secondaire, de réduire le pédicule et les adhérences, de se débarrasser le plus souvent du drainage et de reclore hermétiquement l'abdomen. C'est à cette méthode et au soin minutieux avec lequel ils procèdent que doivent être attribués leurs succès, très grands, choisiraient-ils leurs cas, comme je l'ai entendu avancer pour tous les ovariotomistes célèbres.

Je dois ajouter que l'emploi du cautère actuel pour la division du pédicule et pour les adhérences ayant principalement pour but de mettre en garde contre l'hémorrhagie et le suinte-

---

(1) *Archives de Virchow*, 1868.

ment des liquides, il va de soi que des ligatures soigneuses, surtout si elles sont faites avec des fils qui puissent se résorber, comme la soie ou le catgut, peuvent conduire au même résultat. C'était la pratique de Tyler Smith, c'est aujourd'hui celle de Spencer Wells et de son école. Pour en finir avec le clamp, je dirai que Spencer Wells lui-même l'a abandonné, que ses deux élèves, Bantock et Thornton, qui lui ont succédé en 1878 à Samaritan-Hospital ne s'en sont jamais servis depuis; que Sims et Gaillard Thomas ne l'emploient plus, que Péan, Tillaux, Lucas-Championnière Perier, Terrier, Nicaise Gillette, Polaillon réduisent maintenant toujours le pédicule et que la carrière du clamp, quelque glorieuse qu'elle ait été, paraît terminée, et, avec elle, celle de la méthode extrapéritonéale de traitement du pédicule.

Emploi des injections hypodermiques de morphine après l'opération.

Dussé-je tomber sous le reproche que Sims adressa aux jeunes chirurgiens de saturer leurs opérées de morphine (1), je pense que, outre la douleur qu'il est bon de toujours calmer, il est d'une extrême importance, après toutes les opérations où la péritonite peut être à craindre, d'immobiliser les intestins, car l'immobilité est la condition de la sédation de toute inflammation et nous ne connaissons point, dans l'espèce, de meilleur agent que l'opium. Tous les ovariotomistes, d'ailleurs, l'administrent libéralement : Kœberle prescrit une potion avec 0 gr. 10 d'acétate de morphine; Spencer Wells et Keith donnent, à première douleur, 20 gouttes de laudanum qui sont renouvelées toutes les fois que besoin en est.

Mais j'ai encore un autre but en employant la morphine en injections hypodermiques après l'ovariotomie, c'est d'empêcher les vomissements chloroformiques, vomissements qui viennent

(1) Sims. *Loc. cit.*, p. 296.

secouer l'opérée quelquefois pendant trois jours et assez violemment pour avoir forcé le pédicule à travers les lèvres suturées de la plaie. Il y a plus de quatre années que j'ai annoncé l'efficacité des injections hypodermiques de morphine contre ces vomissements (1) dont il est inutile de faire ressortir plus la gravité dans le cas spécial. Il ne faudrait point chercher à refuter ce que j'avance avec les observations même contenues dans ce travail, et où quelques vomissements se trouvent notés. Je les ai signalés toutes les fois que la garde m'accusait une goutte de liquide rendue. Je puis affirmer que mes opérées, après avoir absorbé plus de 200 grammes de chloroforme, n'ont point cessé d'être dans un calme à peu près parfait ; que, depuis six années que je fais des injections hypodermiques après toutes mes opérations où l'anesthésie a été employée, je n'ai vu de vomissements, chloroformiques de quelque importance que quand une cause en dehors de ma volonté, m'a empêché de renouveler à temps l'injection de morphine.

Quand les vomissements chloroformiques n'ont plus été à craindre, j'ai administré encore la morphine par la voie hypodermique, car je ne puis être de l'opinion de Bozeman (de New-York) que rien n'est aussi capable d'ennuyer les malades que les injections hypodermiques, et qui les réserve pour les cas extrêmes où l'estomac et le rectum ne fonctionnent plus (2). J'ai toujours vu les malades les accepter facilement, pourvu qu'elles soient faites lestement, avec une bonne aiguille. C'est le moyen le plus sûr et le plus exact que nous possédions.

Telles sont les idées qui m'ont dirigé dans mes deux opérations d'ovariotomie, principalement dans la deuxième, pratiquée le 4 août dernier. Il me reste à en donner l'histoire. Le but que je me suis proposé en la rédigeant est d'indiquer exactement ce que j'ai fait et pourquoi ; quel était, à chacune de mes visites,

---

(1) Jude Hüe. *Etude sur la Périnéorrhaphie dans les cas de rupture complète.* In *Annales de Gynécologie*, juillet 1876, p. 21.

(2) Nathan Bozeman. *Remarques sur l'ovariotomie.* In *Annales de Gynécologie*, 1880. p. 15.

l'état général de l'opérée, l'état du pouls et de la température. Les observations d'ovariotomie sont aujourd'hui extrêmement nombreuses, mais beaucoup, et des plus sérieusement relatées, manquent de précieux détails. Ainsi les belles observations de Kœberlé, celles, au moins, contenues dans son livre sur l'ovariotomie (1), ne mentionnent pas une seule température. Il suffit d'avoir eu besoin d'un renseignement opératoire ou autre pour savoir combien rarement on le trouve satisfaisant dans un livre et apprécier la valeur de la clinique, l'étude assidue, *de visu* et *de manu*, de ce que font les maîtres. Pour ce qui est de l'ovariotomie, j'ai été assez favorisé pour assister, soit comme aide, soit comme spectateur, à un grand nombre d'opérations pratiquées par Pèan, Spencer Wells, Pollock, Sims, Emmet, G. Thomas, etc., et j'ai pu souvent me convaincre de cette vérité. Recueillies dans ces idées, les deux observations qui suivent sont nécessairement très longues, on le leur pardonnera je l'espère.

Afin d'éviter les répétitions, voici quelle a été la préparation immédiate employée pour les deux opérées :

La malade, purgée le matin, à l'aide de 10 grammes d'huile de ricin émulsionnée sous 100 grammes de lait chaud pris dans la nuit, est couchée sur un petit lit de fer ordinaire garni de matelas jusqu'à la hauteur des montants. La partie supérieure du corps est protégée par de la flanelle, les membres inférieurs sont entourés d'une épaisse couche d'ouate maintenue par un bandage roulé. Elle est sondée, le ventre lavé à l'éponge avec une solution d'acide phénique au 20°, puis recouverte entièrement, jusqu'au cou, par une large feuille de gutta-percha laminée qui ne laisse à découvert que la ligne blanche à un centimètre environ de laquelle elle est solidement collée à l'aide de chloroforme ou d'éther. Cette feuille imperméable que j'ai vue employer par Spencer Wells, en 1871, est destinée à protéger l'opérée et ses vêtements contre les liquides ; elle me semble encore plus nécessaire avec l'emploi de la méthode de Lister qui, pendant tout le temps de l'opération, va projeter son nuage humide.

(1) Kœberlé. *De l'ovariotomie*. Paris, 1865.

OBSERVATION I. — Kyste aréolaire irréductible de l'ovaire droit. — Opération tardive. Mort, causée par septicémie, le troisième jour.

D..., 28 ans, constitution primitive bonne, tempérament nerveux, yeux et cheveux noirs, se présente à ma consultation le 13 avril 1878. Mariée depuis six années, elle n'est point devenue enceinte, quoiqu'elle eût désiré des enfants. Les règles, qui apparurent pour la première fois à 15 ans, ont toujours été régulières, sans douleurs ni flueurs blanches, jusqu'au mois de novembre 1877. Depuis ce temps, elles avancent de huit à dix jours, son ventre grossit symétriquement, dit-elle, et elle maigrit.

Examen. — Seins flasques, sans développement des tubercules de Montgommery, pas de coloration foncée de l'aréole ni de la ligne blanche, pas de teinte violacée de la muqueuse vaginale. L'abdomen, gros comme celui d'une femme à terme, renferme une tumeur dure, lisse, mobile; remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Pas de doubles battements ni de bruit de souffle. Matité dans la partie supérieure, sonorité dans les parties déclives. La percussion de la région lombaire droite indique de la matité. Le museau de tanche dur, petit, haut, ne ressent point directement les mouvements imprimés à la masse abdominale. Les culs-de-sac vaginaux sont libres. Le cathéter utérin, introduit huit jours après, arrive manifestement jusqu'au fond de l'utérus; il ne disparaît dans l'organe que sur une longueur de 63 millimètres, et, en le faisant basculer légèrement, il ne communique aucun mouvement à la tumeur.

Diagnostic. — Tumeur ovarique droite solide ou kystique, avec des parois très résistantes.

Je préviens la malade qu'une opération sera probablement nécessaire; je l'engage à revenir me voir de temps en temps et lui prescris, outre un traitement fortifiant, des irrigations vaginales d'eau froide et 1 gramme par jour de bromure de potassium, en trois prises, une toutes les huit heures.

Je ne revois la malade qu'au mois de novembre suivant. Le ventre a pris un développement énorme et mesure, à l'ombilic, $1^m,30$ de circonférence. La tumeur, du volume de laquelle je ne puis guère m'assurer, nage dans une abondante suffusion abdominale. Les intestins sont refoulés sous le diaphragme, la respiration est gênée, la marche très pénible; il lui est presque impossible de monter un escalier, tant

elle éprouve alors de dyspnée et de battements de cœur. La fièvre arrive chaque soir; le teint est jaune, les yeux excavés. De plus, la malade est devenue très pusillanime. Elle a été passer quelques mois dans un hôpital où on lui a recommandé de ne « jamais se faire opérer, parce qu'elle en mourrait. » Tout ce que je puis obtenir est de la décider à se laisser faire une ponction de l'ascite. Celle-ci a lieu dans les premiers jours de décembre 1878, avec l'aide de M. le Dr Hiard, et donne issue à 10 litres de liquide citrin. L'exploration du ventre, pratiquée immédiatement, nous révèle que la tumeur, toujours mobile, est maintenant de la dimension d'un utérus gravide à terme.

Un grand soulagement, en même temps qu'une grande faiblesse, succède à la ponction. La faiblesse est combattue par des cordiaux, puis par un traitement à la viande crue. Mais le liquide abdominal se reproduit avec rapidité; avec lui la dyspnée. La malade, voyant bien qu'il n'y a de salut pour elle que dans l'opération, la réclame bientôt, et je ne crois point devoir lui refuser de tenter les dernières chances de succès que laissent encore une aussi tardive entreprise.

Opération, le 29 janvier, avec l'aide de mes amis, MM. les Drs Debout, Chambé, Desprez, Hélot, Hiard.

La malade, placée sur le lit opératoire, sondée, protégée des pieds aux épaules par une feuille de gutta-percha laminée, qui ne laisse à découvert que 1 centimètre de chaque côté de la ligne blanche, est chloroformée. La méthode antiseptique est appliquée dans sa rigueur: nos mains, celles de nos aides et tous les instruments passés préalablement à l'acide phénique; spray phéniqué pendant toute la durée de l'opération.

L'incision de la ligne blanche est faite sur une étendue de 17 centimètres, chaque petit vaisseau divisé saisi immédiatement dans une pince de Péan. Le péritoine, mis à nu, est soulevé avec la pointe d'un ténaculum, ouvert aux ciseaux, puis incisé sur une sonde cannelée dans toute la hauteur de la plaie, qui s'étend de 2 centimètres au-dessous du nombril à 2 centimètres au-dessus du pubis. Une grande quantité de liquide ascitique, — 5 à 6 litres, — s'écoule; la surface lisse, légèrement bleuâtre de la tumeur se présente à l'ouverture abdominale. A l'aide de la main, seule d'abord, puis armée d'une grosse sonde métallique, j'explore, sans rencontrer d'adhérences, la partie antérieure, le sommet et les côtés de la tumeur. Je ponctionne celle-ci; mais, malgré l'aspiration et le diamètre de mon trocart, qui est de 12 millimètres, pas une goutte ne s'échappe. Eu égard au volume

de la masse, qui pourtant est fluctuante, il ne peut être question de la faire sortir entière par aucune incision abdominale. J'ouvre la paroi antérieure du kyste sur une étendue de 10 centimètres environ et trouve celui-ci rempli d'une substance aréolaire qui se laisse facilement pénétrer et ramener à la main. Pendant que les aides maintiennent solidement les épaisses parois du kyste appliquées contre les lèvres de l'incision, afin d'empêcher toute introduction de liquide dans la cavité péritonéale, je. procède ainsi à un véritable curage du kyste, que je parviens, avec le temps, à réduire considérablement. Puis, à l'aide d'une forte paire de ciseaux, j'agrandis l'ouverture abdominale jusque sur le côté gauche de l'ombilic, j'enfonce profondément une main dans la masse kystique et, non sans beaucoup d'effort, je parviens à énucléer la tumeur entière, ovoïde, sans bosselures accentuées, encore de la dimension d'une forte tête d'adulte, et représentant la forme amplifiée de l'ovaire. Le pédicule mince, constitué par le ligament large droit, a été, je pense, fortement tiraillé au moment de la sortie de la tumeur; il est étreint au serre-nœud de Cintrat, puis coupé au bistouri et lié au catgut. L'utérus est petit, sain, ainsi que l'ovaire gauche.

La toilette du péritoine est facile, car aucun point ne donne de sang, le petit bassin ne contient que de la sérosité ascitique un peu sanguinolente, qui est étanchée à sec, puis une éponge est laissée dans le cul-de-sac postérieur jusqu'après le passage des sutures; elle est retirée alors et, comme elle revient à peine colorée, je ferme la plaie abdominale par neuf points de suture métallique comprenant le péritoine. Le pédicule fixé, à l'aide de deux broches, dans l'angle inférieur est saupoudré de perchlorure de fer en cristaux; le pansement est appliqué, puis la femme sondée, est remise au lit, munie d'une injection hypodermique de 0 gr. 01 de chlorhydrate de morphine. L'opération avait duré deux heures et demie.

La tumeur extraite, y compris ce que j'avais pu retirer à la main, pesait 9 kilogrammes.

Prescription. Vin de Porto frappé, par petites cuillerées, et petits morceaux de glace de temps en temps.

Soir, 3 *h.* 1/2. P. 100. Pas de vomissements, pas de douleurs; se trouve bien. Sondage. Injection hypodermique de 0 gr. 10 de chlorhydrate de morphine.

6 *h.* 1/2. P. 110. Pas de douleurs dans le ventre. Sondage. Injection hypodermique de 0 gr. 02 de chlorhydrate de morphine.

11 *h.* 1/2, T. 38,8'. P. 120. Aucune douleur, pas de vomissements. Sondage. Injection hypodermique de 0 gr. 02 de chlorhydrate de morphine.

Deuxième jour.

Matin, 9 *h.* 1/2. T. 39,6'. P. 132. Ventre plat et indolore. Pas de douleurs ni de vomissements; nuit bonne. Sondage. Injection hypodermique de 0 gr. 02 de chlorhydrate de morphine.

Soir, 1 *h.* T. 39,4'. P. 134. L'état général, malgré la température élevée, paraît bon. L'opérée n'accuse aucune douleur. Levée et renouvellement du pansement sous le nuage phéniqué. Le ventre est souple, indolore à la pression, sans ballonnement; les sutures et le pédicule en ordre parfait. Sondage.

6 *h.* T. 40,4'. P. 140. L'opérée n'accuse toujours aucune douleur, mais elle a eu quelques nausées, trouve moins bon le porto, qu'elle buvait jusque-là avec plaisir; l'œil est brillant. Sondage. Injection hypodermique de 0 gr. 02 de chlorhydrate de morphine.

11 *h.* 3/4. T. 40,4'. P. 152. Je vois l'opérée avec mon ami, le Dr Desprez. Elle a eu quelques vomituritions, mais ne se plaint point. Le ventre est plat, insensible à la pression extérieure, et cette insensibilité n'est point due au narcotisme, car, si l'on pince le bras ou la jambe, l'opérée se plaint vivement. En présence de l'état local, je ne me décide pas encore à agir. Sondage. Injection hypodermique de 0 gr. 02 de chlorhydrate de morphine,

Troisième jour.

Matin, 9 *h.* 1/2. T. 39,9'. P. 152, petit et faible. Deux ou trois vomissements pendant la nuit. Etat général mauvais, facies altéré; pourtant le ventre reste toujours muet, sans ballonnement, sans réaction douloureuse spontanée ou à la pression. Sondage. Pas d'injection hypodermique.

Soir, 1 *h.* T. 40,3'. P. 152, très faible. Le ventre plat et souple, et toujours sans aucune manifestation inflammatoire visible. Le toucher et le palper abdominal combinés ne révèlent ni douleur ni tumeur dans les culs-de-sac ou le petit bassin. Les réflexes pourtant se produisent normalement, car le pincement de la peau provoque une vive réaction. Rien dans la poitrine ni ailleurs; je parcours en vain tous

les organes pour trouver l'explication de la fièvre. Je ne puis plus douter que le ventre, malgré le silence absolu qu'il garde, ne récèle la cause de tout le mal. Je me décide à aller l'y poursuivre, en tentant un dernier effort, et j'annonce à mon ami le Dr Hélot, qui, à ma prière, est venu visiter la malade avec moi, ma résolution d'ouvrir une issue aux liquides putrides que je suppose retenus dans le petit bassin. En conséquence, je retire deux points de suture au-dessus du pédicule, je disjoins les lèvres déjà réunies de la plaie, je suis la paroi postérieure du pédicule, celle de l'utérus, et j'arrive facilement, en écartant les anses intestinales violacées et agglutinées par des fausses membranes molles, dans le cul-de-sac postérieur, que je trouve rempli de sérosité sanguinolente et putride. Aidé par M. Hélot, je passe, au moyen d'un gros trocart, un large drain en arrière du col, j'en fais ressortir les extrémtiés par la vulve et par la plaie abdominale, puis je pousse au travers, à plusieurs reprises, une injection d'acide phénique au 40e, afin de désinfecter la cavité pelvienne. Prescription : porto ou cognac. Boules d'eau chaude pour réchauffer la malade, qui a été un peu refroidie pendant l'opération. Injection d'éther.

6 *h*. La malade ne veut plus rien prendre ; elle ne se plaint pas, mais la faiblesse est extrême, la peau couverte de sueur froide. La mort s'avance et arrive doucement vers 10 heures du soir.

Evidemment la mort a été causée par la résorption putride et aurait eu des chances d'être évitée si, trompé par l'état local et attentif surtout aux symptômes de la péritonite, je n'avais trop tardé à ouvrir une voie aux liquides septiques retenus. Comment ces liquides étaient-ils là, puisque le péritoine avait été nettoyé à sec et qu'une éponge, maintenue tout le temps du passage des sutures dans le cul-de-sac postérieur était revenue à peine les barbes rougies. La reproduction rapide de l'ascite n'est point suffisante à donner l'explication, car le liquide retenu était sanguinolent. Ma pensée est que, lors de la sortie de la tumeur à travers l'incision abdominale, sortie qui ne s'est point effectuée sans effort, quelque adhérence pelvienne a été déchirée et a donné lieu ensuite à une petite hémorrhagie secondaire, ce qui, dans les cas d'ascite coexistante, est la plus favorable condition, suivant Sims, pour le développement de la

septicémie. Cet auteur regarde, en effet, la présence de sérosité sanguinolente comme plus dangereuse que celle de sang pur ou de sérosité pure et recommande dans ce cas le drainage du péritoine (1). Quoi qu'il en soit, ce fait prouve que l'opinion de Spencer Wells et de son élève Thornton que le listérisme rend aseptiques toutes les suffusions intrapéritonéales, sérum ou sang, et dispense toujours d'un tube à drainage (2), est trop absolue.

Observations II. — Kyste multiloculaire de l'ovaire droit. — Adhérences multiples. — Ovariotomie. — Guérison rapide.

C..., 29 ans, cuisinière, tempérament sanguin, constitution robuste, cheveux chatains, yeux bleus, belles et fortes dents, embonpoint conservé, se présente à ma consultation le 1er juillet 1880. Les règles, apparues pour la première fois à 12 ans, ont toujours été régulières, sans douleurs ni flueurs blanches. Trois grossesses terminées à temps par de bons accouchements et des enfants venus en présentation céphalique.

Il y a deux ans environ qu'elle s'est aperçue que son ventre grossit, mais elle n'a point remarqué que ce fût plus d'un côté que de l'autre. Au début, comme elle était toujours aussi alerte et qu'aucune de ses fonctions n'était troublée, elle croyait engraisser. Depuis huit mois son ventre a grossi beaucoup plus rapidement, elle a beaucoup plus de peine à faire sa besogne. Elle se croirait enceinte sans la régularité des menstrues qui n'ont varié ni d'époque, ni de durée, ni d'abondance; puis elle maigrit et éprouve, de temps en temps, des douleurs vives dans le ventre qui revêtent le caractère de crises, sont accompagnées de fièvre et la forcent à prendre le lit.

Examen. — Seins assez gros, mais non turgescents, la malade affirme qu'ils ont diminué, pas de développement des tubercules de Montgommery. L'abdomen est distendu, sans coloration de la ligne blanche, sans douleur au palper, il renferme une tumeur ovoïde, lisse de le dimension et de la forme d'un utérus à terme. Cette tumeur est le siège d'une fluctuation obscure et présente, à gauche, des por-

(1) Sims *Loc. cit.*

(2) Sims. *Loc. cit.*, p. 299.

tions solides qui font penser à des parties fœtales, d'autant mieux que la malade prétend qu'elles se déplacent. Sonorité dans les parties déclives gauches, matité absolue à droite et dans les parties supérieures jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Rien à l'auscultation. Pas de coloration de la muqueuse vaginale. Le col, exactement sur la ligne médiane, est haut, petit et dur, il paraît mobile et ressentir les mouvements imprimés à la tumeur abdominale. Les culs-de-sac sont libres, mais en relevant fortement le cul-de-sac droit, l'index perçoit un segment lisse qui ressent beaucoup plus sensiblement que le col les mouvements communiqués à la masse abdominale.

Diagnostic. — Kyste de l'ovaire droit contenant des parties solides. Portion supérieure formée par une grande loge.

15 *juillet.* Le ventre grossit très rapidement, l'amaigrissement continue, les crises douloureuses deviennent plus fréquentes, le travail difficile. La malade réclame une opération qui la débarrasse.

31 *juillet.* Depuis deux nuits, le sommeil est devenu impossible. la malade étouffe aussitôt qu'elle prend la position horizontale ; néanmoins, comme elle est très courageuse, elle continue à travailler. L'opération qu'elle sollicite et dont elle n'ignore pas la gravité s'impose par la rapidité du développement du ventre et l'âge de la malade. Je réunis mes amis MM. les Drs Le Brument, Debout, Desprez pour faire, avec moi, un dernier examen. L'utérus cathétérisé est trouvé long de 55 millimètres, le bec de la sonde nous donne nettement la sensation du fond. Toute hypothèse de grossesse étant définitivement écartée, l'opération fut décidée.

L'examen un peu prolongé avait été très pénible, le ventre déjà douloureux le devint beaucoup plus ; le soir, la température s'éleva à 38,4 et le pouls à 120. Trois jours de repos absolu au lit, joint à des injections hypodermiques de morphine et à des onctions calmantes furent nécessaires pour vaincre cette pousse inflammatoire, la plus sévère que la malade eut éprouvée et l'opération put être pratiquée le 4 août.

Opération, le 4 août avec l'aide de mes amis MM. les Drs Le Brument, Ballay, Debout, Desprez, Helot, Hiard, de Welling.

La patiente, les jambes préalablement entourées d'ouate, recouverte d'une feuille de gutta-percha laminée qui ne laisse à découvert que la ligne blanche, sondée, est chloroformée. La méthode de Lister est

appliquée dans sa rigueur, l'opération pratiquée sous le spray. Une incision de 17 cent. est pratiquée sur la ligne médiane à partir de 2 cent. au-dessous de l'ombilic jusqu'à 3 cent. du pubis. L'ouverture du péritoine donne issue à 2 litres environ de sérosité ascitique. La main, introduite entre la paroi abdominale et la tumeur, trouve immédiatement une large adhérence de l'épiploon avec la partie supérieure du kyste. Elle est détachée à la main et la surface saignante serrée dans un étau de Péan, cautérisée au thermo-cautère. Des adhérences importantes sont perçues, en outre, sur les parties latérales et une très forte vers l'angle sacro-vertébral, mais il est impossible de s'en occuper avant d'avoir réduit le volume du kyste. Celui-ci est ponctionné avec un gros trocart aspirateur puis attiré en partie au dehors, et on peut alors arriver aux adhérences du bassin. Elles se laissent également déchirer assez facilement à la main et la partie profonde de la tumeur, conique, solide et enclavée dans le bassin s'avance à son tour, Le pédicule considérable, formé par le ligament large droit, est solidement étreint dans les mors d'un clamp en étau de Péan et sectionné à l'aide du thermo-cautère. Pour plus de sécurité il est ensuite transfixé par une aiguille armée d'un fil double de cordonnet de soie phéniqué, chaque moitié liée séparement et la surface de section cautérisée à la cautérisation ponctuée. Les larges adhérences du bassin sont traitées de la même façon. La toilette de la cavité abdominale est très laborieuse, car de nombreux points profonds donnent du sang. Tout le paquet intestinal doit être sorti et tenu récliné en haut sur l'épigastre afin de pouvoir arriver aux attaches pariétales du mésentère d'où vient le sang et où je place trois ligatures perdues au catgut. Quelques points de l'intestin grêle qui donnent du sang en nappe sont touchés, au doigt, avec du perchlorure de fer liquide parfaitement neutre.

Je ne laisse le péritoine que quand je ne puis voir un seul point qui suinte et que je considère la cavité abdominale comme à sec. Pour plus de sécurité, je laisse, comme contrôle, dans le cul-de-sac postérieur, une éponge que je retire, à peine colorée, au moment de fermer la plaie abdominale. Les adhérences, les ligatures coupées aussi court que possible, le pédicule sont laissés dans l'abdomen qui est entièrement reclos par sept sutures profondes en argent, comprenant le péritoine, et deux sutures superficielles. Le ventre est pansé suivant la méthode précédemment décrite, puis l'opérée, sondée, munie d'une injection hypo-

dermique de 0 gr. 01 de chlorhydrate de morphine, est reportée sur son lit. Elle avait absorbé 240 gr. de chloroforme et été maintenue pendant deux heures dans le sommeil anesthésique.

Elle avait avant l'opération 37,2 de température et 84 pulsations. Immédiatement après elle avait 88 pulsations.

Autopsie de la tumeur.

Elle se compose de deux parties : une grande loge supérieure arrondie, une base conique solide.

La grande loge, qui a été ponctionnée pendant l'opération, contenait 4 kilogrammes de liquide albumineux, trouble. Les parois sont lisses à la face externe, La face interne, recouverte de granulations épithéliales, présente, par places, de larges suffusions sanguines sous-muqueuses ; elle présente à gauche deux kystes proligères développés dans l'épaisseur de la paroi. Ces kystes aplatis, remplis d'une matière caséeuse, font saillie seulement du côté iuterne ; ce sont eux qui, au palper abdominal, avaient donné la sensation de parties solides.

La base oblongue et massive pèse 1020 grammes. Elle est formée d'un amas de petits kystes qui contiennenttous de la matière caséeuse. Elle semble constituée par l'ovaire lui-même atteint de dégénérescence kystique. La surface de section du pédicule mesure, sur sa face externe, 13 centimètres de long sur 3 de large.

Premier jour.

Soir, 5 *h.* 1/2. T. 38,2. P. 96. Deux vomissements, quelques douleurs dans les reins et dans le ventre. Elle a pris quelques cuillerées à café de porto, se trouve bien. Sondage, injection hypodermique de 0 gr. 01 de chlorhydrate de morphine.

10 *h.* T. 38,3. P. 102. Moins de douleurs dans le ventre. Trois vomissements peu pénibles. Sondage ; injection hypodermique de 0 gr. 015 de chlorhydate de morphine. Porto glacé par cuillerées à café, de temps en temps, et petits morceaux de glace.

Deuxième jour.

Matin, 5 *h.* 1/2. T. 38,2. P. 96. La nuit a été très calme. Pas de vomissements. Légères douleurs de ventre. Celui-ci n'est ni ballonné,

ni sensible à la pression. Injection hypodermique de 0 gr. 01 de chlorhydrate de morphine, sondage.

9 *h.* 1/4. T. 38,2. P. 90. Un vomissement. Sondage ; injection hypodermique de 0 gr. 01 de chlorhydrate de morphine ; lavement de bouillon bien dégraissé. Porto et glace.

Soir, 1 *h.* 1/4. T. 38,2. P. 90. Somnolence, pas de vomissements, pas de douleurs, dit ne souffrir nulle part. Lavement de bouillon. Injection hypodermique de 0 gr. 01 de chlorhydrate de morphine.

5 *h.* T. 38,8. P. 92. Mains brûlantes et sèches, pas de vomissements ; aucune douleur spontanée ni à la pression abdominale légère. Sondage ; injection hypodermique de 0 gr. 005 de chlorhydrate de morphine.

10 *h.* 1/4. T. 39,2. P. 102. L'opérée n'accuse aucune douleur, mais l'œil est brillant, la face colorée et, en présence de la température qui s'est élevée rapidement, je décide de faire une exploration minutieuse du ventre, bien résolu à ouvrir une issue à tout liquide retenu, si je pouvais en diagnostiquer l'existence. Pour cela, le pansement est levé sous le spray. Je trouve la gaze phéniquée à peine tachée, le ventre souple, plat, non douloureux à la pression, sauf un peu dans la fosse iliaque droite, dans la région que doit occuper le pédicule. Aucune sensibilité dans les culs-de-sac, les sutures sont en ordre parfait. Néanmois le souvenir de ma première opérée, morte de septicémie par rétention de liquides putrides et sans réaction locale, me laisse terriblement perplexe. Je retire les deux sutures inférieures et, à l'aide du manche d'une pince, j'écarte doucement les lèvres réunies de la plaie. Un peu de sérosité sanguinolente s'échappe et j'arrive bientôt au voisinage du péritoine. L'opérée qui, jusque-là, n'avait accusé aucune douleur, se plaint tellement alors, me disant qu'elle était « si bien auparavant », qu'en présence de l'état local qui est parfait, je renonce, pour le moment, à aller plus loin, je laisse béante sa petite plaie que je viens de produire; je me contente de la recouvrir de protective et le pansement est renouvelé. Malgré toutes ces manœuvres, le pouls, à 10 h. 3/4, était descendu à 92. — Lavement de bouillon. Sondage. Injection hypodermique de 0 gr. 01, de chlorhydrate de morphine.

Trosième jour.

Matin, 5 *h*. 1/2. T. 38,7. P. 90. La nuit a été excellente. L'opérée a dormi et ne s'est plainte que de la soif. Facies bon, dit ne point

souffrir. Ventre sans ballonnement, indolore à la pression extérieure. Lavement de bouillon. Sondage. Injection hypodermique de 0 gr. 01 de chlorhydrate de morphine.

10 *h.* 1/4. T. 38,4. P. 87. Aucune douleur; se trouve bien. Un peu de bronchite. Lavement de bouillon. Sondage. Injection hypodermique de 0 gr. 01 de chlorhydrate de morphine.

Soir, 2 *h.* 1/4. P. 82. Légère moiteur de la peau, aucune douleur spontanée ni à la pression. Sondage.

6 *h.* 1/4. T, 38,3. P. 85. Quelques quintes de toux, mais qui ne provoquent pas de retentissement douloureux dans l'abdomen. Sondage; lavement de bouillon ; injection hypodermique de 0 gr. 01 de chlorhydrate de morphine.

11 *h.* 1/4. T. 38,2. P. 79. Somnolence et cauchemars. Quelques accès de toux qui ne causent point de douleur dans le ventre. Le porto, additionné de glace qui, jusque-là, avait été administré à discrétion par cuillerées à café, inspire du dégoût et est remplacé par de la tisane de tilleul. Lavement de bouillon. Sondage. Pas d'injection hypodermique. Potion de 120 gr. avec 0 gr. 06 de chlorhydrate de morphine qui sera donnée, s'il y a lieu, par cuillerées à café pendant la nuit.

Quatrième jour.

Matin. 7 *h.* T. 37,06. P. 84. Elle a dormi toute la nuit, n'a demandé à boire que trois fois, se trouve très bien, plaisante et demande à manger. La toux persiste. Sondage. Lavement de bouillon ; injection hypodermique de 0 gr. 01 de chlorhydrate de morphine pour empêcher toute imprudence. Bouillon et lait, par cuillerées, à discrétion. Sondage.

Soir, 1 *h.* 1/2. T. 37,2. P. 73. Elle a dormi et pris du lait avec des morceaux de glace. Sondage. Lavement de bouillon.

6 *h.* P. 76. Lavement de bouillon. Sondage.

10 *h.* 3/4. T. 37°. P. 68. Etat local et général parfait. Sondage ; lavement de bouillon ; injection hypodermique de 0 gr. 01 de chlorhydrate de morphine.

Cinquième jour.

Matin, 7 *h.* 1/2. P. 68°. Aucune température à la main. Elle a dormi toute la nuit, n'aime plus le porto, le bouillon ni le lait, réclame du

café chaud et sucré qu'on lui donne par petites cuillerées. Sondage.

Soir, 1 *h*. P. 60. Levée du pansement sous le spray. Le ventre est excellent; pas d'inflammation sur le trajet des sutures. La réunion est complète partout; il existe à peine un petit bâillement à l'endroit où les deux sutures inférieures ont été enlevées. Changement de lit. Injection hypodermique de 0 gr. 01 de chlorhydrate de morphine. Sondage.

3 *h*. 1/4. P. 64. Elle a mâché environ une dizaine de bouchées de beafsteak et bu un demi-verre à vin de Bordeaux. Etat général parfait. Sondage.

10 *h*. P. 64. Se plaint de la faim, boit vin et bouillon avec plaisir. Sondage ; injection hypodermique de 0 gr. 01 de chlorhydrate de morphine.

Sixième jour.

Matin, 8 *h*. P. 60. Elle a dormi toute la nuit et demande à manger. Je permets un œuf à la coque, bouillon et vin toutes les deux heures. Sondage.

Soir 1 *h*. 1/2. P. 68. Elle a mangé un œuf à la coque à 11 h. 1/2, et se trouve très bien.

7 *h*. Tapioca léger. Sondage.

10 *h*. P. 62. Etat général parfait. Accuse un léger picotement dans la ligne des sutures. Sondage.

Septième jour.

Matin, 8 *h*. 1/2. P. 66. Elle a dormi toute la nuit et ne s'est réveillée que pour demander du bouillon froid. Elle en a pris quatre tasses et, à 6 h., un potage au tapioca. Sondage.

11 *h*. 1/2. Levée de toutes les sutures sous le spray. Pas de traces d'inflammation ni d'ulcération sur le trajet des fils. La réunion immédiate est partout complète. Le ventre, plat, insensible au palper. Pour soutenir la jeune cicatrice, je colle, de chaque côté, au collodion, une large compresse de gaze phéniquée dont je divise le bord libre en quatre lanières, puis je noue chacune de celles-ci avec la lanière correspondante du côté opposé, à la façon d'un bandage unissant. Huit ou dix doubles de gaze phéniquée, deux feuilles d'ouate, une feuille de gutta-percha laminée, enfin le bandage de flanelle, le tout accom-

pli sous le spray, complètent, comme d'ordinaire, le pansement. Sondage. Je permets la noix d'une côtelette qui est absorbée avec grand appétit.

Soir, 6 *h.* 1/2. Potage au pain. Sondage.

11 *h.* 1/2. P. 64. Se plaint de la faim. Sondage.

Huitième jour.

L'opérée a mangé : à 6 h. un potage ; à 11 h. un beafsteak de filet avec 200 gr. de pain, ceci sans ma permission; bouillon dans l'après-midi; à 5 h. un potage et un œuf à la coque ; à 8 h. un potage et elle a crié la faim tout le temps. Elle urine seule depuis 10 h. du matin. Aucune douleur dans le ventre. Température et pouls absolument normaux.

Neuvième jour.

État général parfait. Régime : un potage le matin, une tranche de gigot et 200 grammes de pain à midi ; à 4 h. un potage et un œuf; à 7 h. un potage. Lait et bouillon à discrétion.

Dixième jour.

La malade a été deux fois à la selle, le matin, à l'aide d'un lavement huileux et sans aucune douleur. Je lève le pansement abdominal sous le spray. L'état du ventre et de la réunion ne laisse rien à désirer. Un petit abcès, de la grosseur d'une noisette, s'est développé dans l'épaisseur de la paroi, sur le trajet d'un des fils ; en pressant dessus je fais sortir plein un dé à coudre environ de pus crémeux et sans odeur. Même pansement.

A partir de ce jour l'opérée est considérée comme guérie. La régularité des garde-robes est entretenue par des lavements, quand besoin en est. L'appétit ne se dément pas un instant.

Le *treizième jour*, le pansement est levé sans pulvérisation de Lister; les compresses collodionnées sont retirées. Le ventre, lavé avec une solution au 40e d'acide phénique, est recouvert seulement d'une feuille d'ouate maintenue par la ceinture de flanelle. L'opérée reste levée une heure.

Le *dix-septième jour*, je lui applique une ceinture élastique fabriquée par M. Fuhr (de Rouen). Cette ceinture, en même tissu que

les bas élastiques, sans plaque ni pelotes d'aucune sorte, se passant comme un caleçon de bains, appuyant d'une façon égale et constante sur chaque point est, je le pense, le meilleur support abdominal.

Le *dix-neuvième jour* elle part à la campagne et revient deux semaines après, le trente-neuvième jour après l'opération, pour reprendre son service laborieux de cuisinière. Elle n'a cessé (8 novembre 1880) de le remplir depuis avec autant de facilité qu'avant d'avoir vu grossir son ventre.

Ainsi, dans ma deuxième opération, le bistouri n'a été employé que pour l'incision abdominale. Le thermo-cautère a fait le reste. Les adhérences très importantes, détachées à la main, autant que possible aux dépens du revêtement du kyste, ont été saisies ensuite dans les mors du clan en étau de Péan et cautérisées. Le pédicule lui-même, étreint dans les mors de l'étau a été divisé à l'aide du couteau de Paquelin, puis la surface de section, ainsi que celle des adhérences principales, pénétrée de pointes de feu, le cautère étant seulement chauffé au rouge sombre. Le tout a été ensuite réduit.

Enfin, j'ai fait tout mon possible pour ne laisser rien dans le péritoine et n'ai point eu peur d'éponger; la toilette de la cavité péritonéale a été laborieuse, mais complète. Je n'ai refermé l'abdomen que quand j'ai eu la conviction que nul point suintant du sang ne persistait parce que, dans ma pensée, on ne doit dans un pareil moment, malgré le listérisme, confier, de propos délibéré, rien à résorber au péritoine. Sauf un petit mouvement fébrile qui m'a fort inquiété, le soir du deuxième jour, tout a marché à souhait, malgré la gravité et l'importance des adhérences, et, dix-neuf jours après l'opération, je trouvais l'opérée assez forte pour entreprendre un voyage de plus de quatre heures en voiture et en chemin de fer.

De cette étude rapide, je pense qu'on peut conclure :

1° Que les ponctions exploratrices, avant l'ovariotomie, doivent être proscrites ;

2° Que le pansement de Lister donne les meilleurs résultats dans l'ovariotomie ;

3° Que l'hémostase parfaite étant assurée, la cavité péritonéale soigneusement nettoyée, le pédicule et les adhérences doivent être laissés dans l'abdomen et celui-ci, à moins d'indications spéciales, refermé complètement ;

4° Enfin, que l'emploi des injections hypodermiques de morphine après l'opération est utile, non seulement pour immobiliser les intestins, mais, surtout, pour s'opposer aux vomissements chloroformiques.

DE L'INFANTICIDE

AU POINT DE VUE DE LA RESPONSABILITÉ MORALE

Par M. le Dr Paul Moreau (de Tours).

Les circonstances physiques et morales dans lesquelles se trouvent les femmes au moment de l'accouchement ont, de tout temps, attiré l'attention des auteurs.

Elles ont donné lieu à des réflexions variées sur les changements que l'on suppose devoir être occasionnés dans les facultés intellectuelles et, partant, dans le libre arbitre et la responsabilité morale.

On s'accorde généralement à regarder la liberté morale comme *très affaiblie*, et même comme pouvant être, en certains cas, détruite, annihilée. Les physiologistes appuient leur opinion spécialement sur les modifications survenues dans les fonctions utérines et, par réaction sympathique, dans celles du cerveau. « Ces modifications, dit Félix Voisin (1), sont bien à peu près les mêmes que celles qu'on observe à chaque époque de la menstruation. L'humeur de la femme devient irrégulière,

---

(1) F. Voisin. *Causes physiques et morales des maladies mentales.* Paris, 1826.

ses caprices augmentent, ses goûts deviennent bizarres ; elle pleure ; elle rit; souvent tout à la fois. Ses sentiments, ses penchants, *indépendamment de toute excitation*, ont plus de *violence* que dans l'état habituel, et, devenue également plus sensible aux influences extérieures, elle réagit avec moins d'avantage et *perd la tête* par les causes les plus légères, les plus naturelles. Ces modifications cependant sont alors plus générales, moins passagères, mieux prononcées, et elles servent à expliquer la singularité, le comique et la bizarrerie des actes dont les femmes pendant l'époque de la gestation nous rendent souvent les témoins, en même temps qu'elles jettent quelque jour sur la nature du délit ou des crimes dont elles ont, à tort quelquefois, encouru toute la responsabilité. »

On a tenu compte également des influences morales auxquelles la plupart des femmes qui tuent leurs enfants se trouvent exposées. « La mère ne peut soutenir l'idée de sa honte et brûle de conserver sa réputation. Elle était vertueuse et estimée, elle ne se sent pas assez de courage pour attendre et avouer son *infamie*.

« A mesure qu'elle perd l'espérance de s'être méprise par rapport à sa grossesse, ou d'être affranchie de ses terreurs par un accident subit, elle voit tous les jours s'accroître et s'approcher le danger, elle est de plus en plus troublée par l'épouvante et le désespoir. *Plusieurs se rendraient alors coupables de suicide*, si elles ne savaient qu'une pareille action entraînerait infailliblement les recherches judiciaires qui dévoileraient ce qu'elles ont si fort à cœur de tenir secret... » (Hunter.) — « Les incommodités de la grossesse, dit encore Gall, le jeu terrible et effrayant de toutes les passions qui les tourmentent pendant sa durée, augmentent l'irritabilité de leur âme et égarent leurs facultés intellectuelles. Le moment décisif arrive ; abandonnée, sans consolation, déchirée par la douleur, affaiblie par la perte de son sang, et étourdie par la confusion des idées les plus effrayantes, la malheureuse mère anéantit de ses mains tremblantes la frêle existence de son enfant, peut-être même *n'agit-elle que dans un accès de démence réelle dont les*

mères les plus heureuses sont quelquefois attaquées au momen de leur délivrance. »

Esquirol, ce merveilleux et fidèle observateur à qui il faut toujours se reporter lorsqu'il s'agit d'aliénation mentale, reconnaît qu'un délire *passager* peut se manifester pendant et après le travail de l'accouchement, et qu'il est des femmes qui dans *leur frénésie* tuent l'enfant qu'elles viennent de mettre au jour. « La fausse honte, l'embarras, la crainte, la misère, le crime, ne dirigent pas toujours les infanticides. Le délire en troublant la raison des nouvelles accouchées conduit aussi quelquefois leurs mains sacrilèges (1). »

Nous n'ajouterons rien aux réflexions si remarquables des auteurs anciens, réflexions qui de nos jours sont acceptées par presque tous les médecins et les magistrats. Si nous disons *presque*, c'est que l'éminent professeur de médecine légale, notre regretté maître Tardieu, enseignait une doctrine en désaccord complet avec les idées que nous venons de voir exprimées. Il n'admettait pas que les filles-mères qui tuent leur enfant aient été entrainées par un moment d'aberration des facultés intellectuelles. « Il ne faut pas confondre, disait-il, une sorte de surexcitation nerveuse, de délire même, qui se produirait quelquefois pendant le travail, avec la folie et surtout la folie impulsive qui peut entraîner la femme à des actes de violence dont elle n'aurait ni la conscience, ni la responsabilité. » « Or, ajoute-t-il, il n'est pas à ma connaissance un seul cas probant et authentique qui démontre que sous l'influence des douleurs de l'enfantement une femme ait été saisie d'une fureur homicide transitoire, *non plus que d'une impulsion instinctive* qui l'ait conduite, sans qu'elle en ait conscience, à tuer son enfant (2). »

Si l'on veut bien se placer au point de vue qui a inspiré tous les travaux de mon père et ceux de ses élèves; si l'on veut bien admettre l'existence d'une classe spéciale d'individus qui, tout

(1) Esquirol. *Maladies mentales*, t. I, p. 115.
(2) Tardieu. *Etude médico-légale sur la folie*, p. 180.

en conservant, en apparence du moins, l'intégrité de leurs fonctions intellectuelles (état mixte, amalgame de folie et de raison), sont en proie à une idée fixe devenant rapidement, sous l'influence d'une cause occasionnelle quelconque (ici la gestation, la parturition avec toutes ses conséquences physiques et morales), *impulsion irrésistible*, entraînant les malades à des actes qu'ils déplorent amèrement, à des actes terribles, criminels, mais vis-à-vis desquels ils sont dans l'impuissance la plus absolue d'opposer la moindre résistance, nous pourrons juger le fait dont il s'agit avec une tout autre sérénité, avec une plus grande exactitude, et, pourquoi ne l'avouerions nous pas, avec plus de compétence que n'a pu le faire l'écrivain que nous venons de citer.

Certes, dans ces cas, il est presque toujours impossible de dire jusqu'à quel point s'est étendue l'influence du délire relativement à un acte intellectuel quelconque. Cette influence pourtant se fait sentir partout d'une manière vague, indéfinie, mais cependant bien positive. Elle domine le moral tantôt par une rapidité de conception, se traduisant spécialement par une grande susceptibilité des passions affectives, toujours prêtes à s'irriter, à imprimer des secousses, des *impulsions* brusques à la raison qui, prise au dépourvu, ne peut leur opposer aucune résistance et cède aveuglement à l'empire de l'idée fixe, tantôt enfin par l'affaissement des facultés de l'intellect, de la sensibilité morale, etc.

Imbus de ces idées générales et éclairés par le flambeau de la pathologie mentale, nous apercevrons presqu'au grand jour ce que les auteurs dont nous avons parlé ne pouvaient qu'entrevoir dans une sorte de clair-obscur.

Observons, en effet, combien avec de telles prédispositions à la folie il y a de chances pour que des modifications intellectuelles, du genre de celles que nous venons de signaler, se développent soit instantanément, soit d'une manière graduée chez les femmes enceintes. En outre, si à ces prédispositions on admet que viennent s'en adjoindre parfois quelques autres dont nous allons parler, nous avons la conviction que, dans ce

cas, l'acte d'infanticide a été le résultat de *l'irrésistibilité des penchants.*

Quelles sont donc ces prédispositions?

1° L'accusée peut compter parmi les membres de sa famille des aliénés. Il se peut même que quelqu'un d'entre eux ait été atteint précisément de monomanie *suicide ou homicide*; d'autres pouvaient être sujets à des affections nerveuses, à des maladies du système encéphalique.

En effet, lorsqu'il existedes prédispositions héréditaires, spécialement lorsqu'un état *semi anormal* des facultés intellectuelles a déjà été observé, il est remarquable de voir avec quelle facilité le délire peut tout à coup faire explosion et atteindre promptement un haut degré d'intensité. C'est alors que, sous l'influence d'une cause occasionnelle quelconque, l'individu est pris subitement d'une exaltation naissante, d'une violente agitation, d'emportements terribles, de fureur, etc. Si dans ce moment un instrument s'offre à sa vue, il le saisit, et frappe inconsciemment autour de lui.

2° L'accusée n'a-t-elle jamais éprouvé antérieurement du dérangement momentané dans ses facultés morales? A-t-elle toujours été exempte de maladies nerveuses? n'est-elle pas épileptique, hystérique, etc?

Un grand nombre d'aliénées, pour ne pas dire presque toutes, comptent dans leur famille un ou plusieurs membres sujets à des affections nerveuses. Elles-mêmes, pour le plus léger motif, éprouvaient des palpitations, des syncopes, des attaques de nerfs. Ces accidents se renouvelaient de préférence à certaines époques, *aux approches de la menstruation* surtout. Ils ont été plus multiples, plus intenses pendant la gestation; immédiatement avant, pendant ou après l'accouchement, d'autres éprouvaient des accès francs d'hystérie, d'épilepsie ou autres névroses convulsives.

3° Pendant la grossesse, le moral de la femme a pu recevoir de profondes atteintes : c'est ainsi qu'une excessive irritabilité, de la violence même ont remplacé une grande douceur de

caractère, que des habitudes mélancoliques ont succédé à un vif enjouement... etc.

En général, les dispositions morales que détermine la grossesse consistent le plus ordinairement en une tendance marquée vers le découragement, la mélancolie. Parfois cependant on constate une véritable exaltation des facultés intellectuelles. Si l'on recherche les causes de cet état, on notera les modifications que le mariage amène, au physique comme au moral, dans la vie d'une jeune fille; la grossesse qui n'est pas toujours un heureux événement pour toutes les femmes, la gestation avec toutes ses incommodités et souvent même avec tous ses dangers, les difficultés matérielles que la mère prévoit pour élever son enfant, le souci de l'inconnu, pour tout dire en un mot, ont un retentissement que personne ne méconnaît sur l'organisme de la femme qui va devenir mère. Cependant il en est pour qui la grossesse est un bonheur, un lien plus intime qui réunira les deux familles, un gage de félicité, et qui, néanmoins, éprouvent les mêmes accidents, sans même qu'une prédisposition héréditaire ou une constitution éminemment nerveuse puisse toujours en rendre compte.

4° Enfin, l'accusée peut être une fille de mœurs dissolues et, comme la plupart des femmes de ce genre, avoir depuis longtemps contracté l'habitude de boissons alcooliques, s'être livrée à tous les excès possibles..... etc., etc.

L'influence désastreuse que l'abus prolongé des alcools exerce sur la grossesse n'est mise en doute par personne. Outre les troubles physiques que l'alcoolisme entraîne à sa suite en pareil cas, outre les conditions fâcheuses qui seront le partage de l'enfant s'il vient à terme et s'il vit, il existe des troubles intellectuels constituant un état mental le plus souvent méconnu en *raison de la conservation apparente des facultés*. A un premier degré, les malades sont taciturnes, sombres, moroses, préoccupées, défiantes; mais comme leurs idées sont encore très nettes, ce changement est à peine appréciable et il n'y a guère là, aux yeux du monde, qu'une simple modification de caractère.

A un degré plus avancé, les malades sont poursuivies par des craintes imaginaires; des accès d'emportement et de colère furieuse éclatent sans provocation. Tel individu, arrivé à ce degré, se laisse aller à tuer dans un accès de fureur passagère, déterminée par une cause occasionnelle quelconque, le plus souvent parfaitement insignifiante.

Quant aux excès, il est inutile d'en parler ici. On connaît trop malheureusement la dépravation morale et l'anéantissement physique qu'ils entraînent à leur suite. Aussi ne doit on pas s'étonner de les trouver énumérés parmi les causes prédisposantes qui, à un moment donné, peuvent faire éclater un accès de manie.

Aux considérations que nous venons d'indiquer, nous pouvons en ajouter une plus générale: c'est que, d'après les données certaines d'une longue observation, la folie éclate plus fréquemment qu'on ne le croît à l'occasion de la parturition, ce qui suppose que le cerveau a été puissamment modifié pendant la grossesse et a subi une influence marquée de cet état physiologique.

Que si l'infanticide a pris naissance au milieu de toutes ou presque toutes les circonstances que nous venons d'énumérer, qui refusera d'admettre que la malheureuse mère a agi sous l'influence de cette *irrésistibilité* de désirs qui peut envahir les facultés morales sans que ces facultés subissent aucun autre dérangement?

Sans doute, elle a paru désirer se satisfaire, mais les désirs qui avaient saisi son *âme* la dominaient, l'entraînaient sans qu'elle pût vouloir, *d'une volonté efficace*, résister à ces désirs, sans qu'il fût réellement en son pouvoir de n'y pas céder.

De ce qui précède, il ne faudrait pas inférer que pour nous toutes les infanticides ont commis leur forfait sous l'influence d'une aberration de l'esprit même passagère. Cette tendance, que présente la société moderne de faire prévaloir l'irresponsabilité lorsqu'il s'agit de matière criminelle, peut être et est certainement louable en elle-même, au point de vue humanitaire, mais est complètement fausse, nuisible même dans l'ap-

plication de la pratique journalière, et donne un semblant de raison à ce dire si répandu : « Les aliénistes voient des fous partout. » C'est rabaisser inutilement l'importance des services que peut rendre et que rend effectivement la science médicale dans les causes judiciaires ; c'est là un point capital dont la gravité n'échappera à personne ; le médecin par ses études spéciales est plus que personne à même de juger du degré de responsabilité ou d'irresponsabilité dont jouit l'individu qui s'est rendu justiciable des lois. Sans vouloir dénier aux magistrats toute la capacité nécessaire à l'égard des fonctions difficiles qu'ils remplissent avec tant de zèle et de délicatesse, il faut cependant bien avouer que l'homme n'a pas la science infuse et que la folie, quoi qu'on en ait dit, n'est pas une de ces maladies qu'on peut juger avec le seul bon sens. Agir ainsi, c'est s'exposer à des erreurs regrettables qu'il est souvent impossible de réparer.

Certes, si la doctrine d'irresponsabilité était acceptée sans contrôle, ce serait reconnaître l'innocence de toutes les femmes coupables d'infanticide. Or, l'expérience de chaque jour démontre qu'il n'en est pas ainsi. Malheureusement, il faut bien l'avouer, le sentiment si sublime de la maternité n'est pas dans le cœur de toutes les mères, et plus d'une ne trouve dans la naissance d'un enfant qu'une gêne, un embarras, un témoin de sa mauvaise conduite dont il faut à tout prix se défaire. Pour celles-là, point de pitié ; la loi doit leur être appliquée dans toute sa rigueur. Mais toutes ne sont point dans ce cas. Sous l'influence des causes que nous avons énumérées, certaines malheureuses mères en proie à un moment d'aberration, tuent de leurs mains l'enfant qu'elles avaient tant désiré, qu'elles chérissaient même avant sa naissance et pour qui elles n'auraient pas hésité à faire le sacrifice de leur vie. Pour elles la justice doit se montrer clémente, pour elles doit être appliquée sans aucune restriction la doctrine de l'irresponsabilité.

Nous l'avons déjà dit ailleurs, et nous le répétons ici, ce que nous demandons, c'est que, dans les cas d'infanticide, il faut bien se rappeler que, sous l'influence de certains états physiologiques et pathologiques, les femmes peuvent être soumises à de véri-

tables impulsions instinctives en vertu desquelles elles commettent *involontairement et tout à fait inconsciemment* les actes les plus répréhensibles et les plus criminels.

Il faut que la justice tienne compte de ces modifications qui peuvent se produire, il faut que l'accusée soit d'*office* soumise à l'examen médical qui déterminera la part de responsabilité qui lui incombe dans l'acte qui l'amène devant la justice des hommes, il faut, ainsi que le dit si excellemment Michelet dans ses lignes éloquentes, « il faut que la justice devienne une médecine s'éclairant des sciences physiologiques, appréciant la part de fatalité qui se mêle aux actes libres. Il faut que la médecine devienne une justice et une morale, il faut que la médecine, juge intelligent de la vie intime, entre dans l'examen des causes morales qui amènent le mal physique. »

REVUE CLINIQUE.

MATERNITÉ DE PARIS. — SERVICE DE M. TARNIER.

NOTE SUR LA VERSION.

PAR MANŒUVRES EXTERNES PENDANT LE TRAVAIL.

Par **L. Labat**, ancien interne de la Maternité.

Il n'est plus besoin d'insister sur les excellents résultats que l'on doit à la version par manœuvres externes. Cette pratique, à la fois si efficace et si innocente, se répand chaque jour davantage en France, grâce surtout à l'autorité de M. Tarnier, à l'enseignement de ses élèves et au livre de M. le Dr Pinard.

Toutes les fois qu'avant le travail on constate une présentation mauvaise, comme on peut la transformer en une bonne, et maintenir cette dernière, on ne saurait raisonnablement manquer de le faire.

Mais la femme n'a pas été examinée pendant la grossesse; on se trouve en présence d'un travail commencé; le fœtus est vicieusement placé : doit-on encore compter sur les manœuvres extérieures pour remettre les choses dans l'ordre?

C'est ce que nous allons rapidement examiner.

Pour Wigand, la version par manœuvres externes pendant le travail est non seulement possible, mais il regarde les contractions utérines comme nécessaires, et il dit positivement : « La deuxième condition très importantés pour que la version « par manœuvres, externes soit possible et praticable est la per- « sistance des douleurs et des contractions utérines qui ne doi- « vent être ni trop faibles, ni irrégulières, ni spasmodiques. » Cela tient à ce que Wigand ne connaissait pas le moyen de rendre définitive la position artificiellement donnée au fœtus en dehors des contractions du travail.

Résumant la pratique des accoucheurs allemands, Schrœder s'exprime en ces termes : « Mattei, Œstertó, C. Braun, Hégar, ont conseillé de faire la version céphalique déjà pendant la grossesse.

« On peut assurément accepter ce précepte dans le cas « où l'on a eu l'occasion de pratiquer le toucher pendant « la grossesse, et cela d'autant plus que cette transformation de « la présentation réussit le plus souvent sans difficulté. Pour- « tant il ne faut pas espérer en tirer grand avantage, car préci- « sément dans le cas ou à la fin de la grossesse la tête ne se pré- « sente pas, la présentation de l'enfant offre d'habitude une « grande variabilité, et par conséquent la présentation cépha- « lique que l'on a ainsi produite a peu de chances pour se « maintenir. »

L'opinion de Hubert, de Louvain, est déjà différente. Loin de faire des contractions utérines une condition essentielle au succès de l'opération, il professe que « la version extérieure « doit se faire de préférence avant le début du travail et que si « le travail est déclaré il faut la pratiquer le plus tôt possible. »

Une doctrine complètement opposée à celle de Wigand est contenue dans le livre de Mattei. « Une condition, dit l'ac-

coucheur français, que nous avons reconnue nécessaire à la « palpation, est aussi nécessaire à la version : c'est la souplesse « et le peu de sensibilité des parois utéro-abdominales. Ceci « fait déjà voir que *la version n'est guère possible pendant les « contractions du travail*, ni dans le cas de tension anormale « des parois utéro-abdominales, et prouve la nécessité d'exa- « miner la femme dans le cours de la grossesse. »

En résumé, pour Wigand la version par manœuvres externes ne doit se faire que pendant le travail; pour Hubert il vaut mieux la faire avant ; pour Mattei le travail est presque une contre-indication.

L'enseignement que renferme le livre de M. le Dr Pinard est extrêmement net : toute femme enceinte doit être souvent examinée dans les deux derniers mois de sa grossesse, et si par le palper on constate une présentation moins favorable que celle du sommet, on doit faire la version céphalique par manœuvres externes et maintenir ensuite la présentation que l'on a ainsi obtenue.

Mais si l'on se trouve en présence d'une femme chez laquelle le travail est commencé, l'enfant se présentant par l'épaule, quel est le meilleur parti à prendre? Doit-on essayer la version par manœuvres externes, ou faut-il attendre que la dilatation soit complète pour rompre les membranes, aller chercher les pieds et faire la version classique ? Nous croyons que dans certains cas et avec les réserves que nous formulerons tout à l'heure la version par manœuvres externes peut rendre de précieux services, et voilà pourquoi nous publions les deux observations suivantes.

Observation I. — Présentation de l'épaule gauche en acromio-iliaque gauche. Insertion vicieuse du placenta. Version céphalique par manœuvres externes dans la première période du travail. Rupture artificielle de la poche des eaux au moment où la dilatation est complète. Version podalique par manœuvres internes.

La nommée Thib..., femme Fich..., est amenée à la salle d'accouchement de la Maternité, le 15 mars 1880 à 11 heures du matin. C'est

une femme âgée de 28 ans. Premières règles à 14 ans. Menstruation régulière depuis cette époque. Elle est enceinte pour la sixième fois. Toutes ses grossesses se sont terminées par la naissance spontanée d'enfants vivants, à terme, se présentant par le sommet, sauf la première où l'enfant est venu à 8 mois par le siège.

Au moment de son entrée à l'hôpital, cette femme déclare qu'elle est à terme, et que depuis ce matin elle éprouve des douleurs qui se rapprochent de plus en plus.

Par le palper il est facile de constater que le fœtus est dans une attitude franchement transversale, très au-dessus du détroit supérieur, tête à gauche, siège à droite, dos en arrière, la tête et le siège étant à peu près à la même hauteur.

Par le toucher on trouve le col effacé, légèrement entr'ouvert. Impossible d'atteindre la partie fœtale.

Au-dessus du segment inférieur de l'utérus on sent quelque chose de mou. La femme affirme n'avoir pas perdu de sang pendant sa grossesse.

Nous la revoyons à 3 heures de l'après-midi. Le travail avait peu marché. La dilatation du col est grande comme une pièce de 1 franc; la poche des eaux intacte. Le fœtus est mobile. Nous essayons de le faire évoluer, et après deux ou trois minutes d'efforts nous réussissons à lui mettre la tête en bas.

Nous nous proposions de lui appliquer la ceinture de Pinard : mais nous avions à peine terminé la version qu'une forte contraction se produisait, une autre lui succédait bientôt après et le travail se déclarait franchement.

A 10 heures du soir la dilatation était complète ; on sentait la tête non engagée au-dessus du détroit supérieur en O. I. D. P. Une hémorrhagie assez abondante s'étant alors déclarée, on touche la femme avec soin on sent le bord du placenta, au-dessus de l'orifice.

La malade continuant à perdre beaucoup de sang, on rompt les membranes et on va chercher les pieds. La version s'opère sans difficulté. L'extraction du fœtus est immédiatement suivie de la sortie spontanée du délivre.

L'enfant est un garçon du poids de 3,000 grammes, en état de mort apparente. On le ranime facilement à l'aide de quelques frictions.

Suites de couches normales. La mère et l'enfant quittent la Maternité au bout de quelques jours en parfaite santé.

OBSERVATION II.—Epaule droite en acromio-iliaque gauche. Version pelvienne par manœuvres externes faite pendant le travail. Extraction artificielle après modifications des battements du cœur. Garçon à terme, né en état de mort apparente, ranimé.

La nommée Annette Guiaume, femme Laborié, ménagère, entre au pavillon Tarnier le 12 juin, à 4 heures du soir (chambre n° 2). C'est une femme de 35, ans bien constituée, vigoureuse, qui n'a jamais été malade. Premières règles à 12 ans, toujours bien réglée depuis. L'écoulement menstruel dure quatre jours avec abondance.

Elle est enceinte pour la dixième fois. Ses grossesses antérieures se sont toutes terminées heureusement par des accouchements spontanés, sauf deux qui, sans cause connue, se sont dénouées avant terme, l'une à deux mois, l'autre à quatre mois.

Sa grossesse actuelle n'a été signalée que par des accidents insignifiants : nausées, furoncles, dégoûts, diarrhée.

Elle aurait eu ses dernières règles du 15 au 17 août; au mois de septembre des règles modifiées se sont montrées.

Quoi qu'il en soit, elle se présente avec tous les signes d'une grossesse à terme et le travail est commencé depuis le matin (premières douleurs à 6 heures du matin).

Voici ce que nous constatons en examinant cette femme :

Tout d'abord l'aspect du ventre nous frappe : il est remarquablement développé dans le sens transversal.

En le palpant nous trouvons l'excavation vide. Il nous est bientôt facile de voir que le fœtus est placé en travers, car nous sentons un pôle fœtal à gauche, l'autre à droite. Le pôle du côté droit est un peu plus élevé que celui du côté gauche.

En avant, nous sentons un plan résistant qui ne peut être que le dos. Quand, au contraire, nous essayons de plonger la main en arrière de la masse fœtale, nous tombons sur une grande quantité de liquide amniotique.

La difficulté est plus grande quand il s'agit de déterminer où est la tête. Les deux pôles fœtaux que nous sentons se présentent comme des masses assez analogues, par leurs contours arrondis, uniformes, et par leur dureté. Aucun ne ballotte. Néanmoins trouvant le pôle fœtal situé à gauche, un peu plus dur, un peu plus petit, un peu plus régulier que l'autre ; constatant d'autre part, qu'il est situé plus bas

[illegible] est la tête et que [illegible] A. L. G.

Le [illegible] sentante dans [illegible].

On [illegible]. En [illegible] peu, nous [illegible].

Les [illegible] nous paraissant [illegible] à faire la version par manœuvres externes.

Nous essayons d'abord d'amener la tête en bas, mais au bout de quelques minutes nous devons y renoncer. Nous essayons alors d'abaisser le siège en repoussant la tête en haut et au bout de très peu de temps le fœtus se trouvait à peu près verticalement placé.

Nous continuions nos manœuvres lorsqu'une contraction énergique survint.

La contraction passée, nous trouvâmes la tête en haut dans l'hypochondre droit, et par le toucher nous sentîmes les deux pieds dans la poche des eaux.

A partir de ce moment nous surveillâmes la femme très attentivement dans la crainte de quelque mutation. Le travail marcha régulièrement et quatre heures après, à 11 heures du soir, la dilatation était complete.

Une heure et un quart après, c'est-à-dire à minuit 15 minutes, nous rompons artificiellement les membranes. Malgré cette rupture, les pieds restent élevés et l'engagement ne se fait pas.

Le méconium étant dilué dans le liquide amniotique, nous suivons attentivement les battements du cœur du fœtus.

A minuit 45 minutes ils se ralentissent et nous nous décidons à faire l'extraction artificielle.

Nous saisissons le pied antérieur et en tirant sur lui nous dégageons successivement et facilement les deux fesses et le tronc. Les épaules se dégagent sans incident, nous sommes seulement obligé d'abaisser le bras postérieur relevé.

L'extraction de la tête est plus difficile, cependant elle a pu être faite par la manœuvre ordinaire après quelques efforts.

L'enfant naît en état de mort apparente, mais quelques frictions et un bain sinapisé le raniment parfaitement.

C'est un beau garçon du poids de 3,270 grammes.

Au bout de vingt minutes, nous touchons la femme, le placenta est toujours adhérent, l'orifice interne non revenu sur lui-même. Au bout d'une heure les choses étaient dans le même état. Nous attendons sans intervenir. Vers 2 heures l'orifice interne se resserre légèrement. La femme perdant un peu de sang, l'utérus étant revenu lui-même, nous pensons que le placenta est décollé et que, s'il n'est pas expulsé, cela tient à l'état spasmodique du col.

Vers 3 heures et demie la situation était la même, la femme ne perdait pas, n'avait pas de coliques.

Nous nous décidons à faire prévenir M. Tarnier. Il arrive vers 6 heures, mais quelques minutes auparavant la femme, ayant demandé à aller sur le vase avait expulsé le placenta et les membranes.

Les suites des couches ont été normales.

La femme a nourri son enfant dont le poids, au moment du départ, est de 3,225 grammes.

Elle sort en parfaite santé le 22 juin.

Dans le premier cas la version fut facile, et cela pour deux raisons: le travail était peu avancé et nous avions affaire à une situation transversale du fœtus sans engagement de l'épaule.

Un autre point est à relever dans cette même observation. Le placenta était inséré sur le segment inférieur de la matrice. Notre manœuvre, en ramenant la tête dans le petit bassin, lui a permis de comprimer le placenta sur le bord de l'orifice où le décollement était presque inévitable, l'hémorrhagie a été ainsi retardée et ne s'est produite qu'à la fin, au moment où, la dilatation étant complète, on pouvait facilement et utilement intervenir.

Dans le second cas nous avions affaire à une véritable présentation de l'épaule. Mais l'utérus était vaste, à parois souples, les douleurs revenaient à des intervalles éloignés, et si nous n'avons pas pu réussir à mettre la tête du fœtus en bas, nous y avons ramené les pieds, substituant ainsi un accouchement par le siège à une version interne.

Remarquons que dans les deux cas nous étions en présence de présentations de l'épaule. Mais s'il s'était agi de présenta-

tions du siège, il est vraisemblable que la version céphalique par manœuvres externes n'aurait pas été plus difficile.

Toutes les fois donc que, le travail étant commencé, on constate une présentation moins favorable que celle du sommet, si le fœtus est mobile, on doit essayer d'utiliser cette mobilité pour corriger la présentation. Mais nous nous hâtons d'ajouter que, *loin de vouloir réussir quand même,* il faut apporter au contraire beaucoup de modération dans ces manœuvres.

En agissant autrement on s'expose d'abord à échouer, la matrice se révoltant, et, de plus, les ruptures utérines sont possibles. Pendant le travail, en effet, l'utérus est peu tolérant, ses parois supportent les pressions beaucoup moins bien que pendant la grossesse.

Une dernière remarque. Dans nos deux observations la situation artificiellement donnée au fœtus s'est maintenue bien que nous n'ayons appliqué aucune ceinture eutocique. Nous croyons qu'il ne serait pas bon d'imiter toujours notre conduite. Même pendant le travail, alors que le fœtus est assez mobile pour permettre la version par manœuvres externes, les mutations spontanées sont possibles, et, si l'on se fiait entièrement aux contractions utérines pour rendre définitive la présentation que l'on a obtenue, on s'exposerait à des mécomptes.

En résumé, et pour tirer des deux faits que nous avons rapportés les conclusions qu'ils nous paraissent contenir, nous dirons.

1° La version par manœuvres externes est possible dans certains cas pendant le travail de l'accouchement ;

2° Quand la situation du fœtus est transversale et que le placenta est inséré au voisinage de l'orifice, la version céphalique par manœuvres externes a pour résultat de rendre l'hémorrhagie moins grave ;

3° Quand on ne peut pas faire la version céphalique, il faut faire la version pelvienne.

4° Pendant le travail l'emploi de la ceinture eutocique n'est pas toujours nécessaire.

REVUE DE LA PRESSE

ÉTUDE CLINIQUE
SUR LES TUMEURS MALIGNES DU SEIN
CHEZ LA FEMME

Par le professeur J.-A. Estlander.

Traduit du suédois d'après le manuscrit de l'auteur par le Dr L. Thomas,
Sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine.

(Suite) (1).

On peut faire, en thèse générale, l'observation suivante à propos des causes assignées par les malades à leurs tumeurs :

C'est une opinion accréditée depuis longtemps dans la science que le cancer mammaire a pour origine le traumatisme. Peu à peu cette idée s'est répandue dans les classes éclairées ; aussi les quatre cinquièmes de nos malades qui accusaient cette influence leur appartenaient-elles. Avec le temps, la croyance est passée à l'état de dogme, et, dès qu'on s'aperçoit de l'existence du cancer, on s'efforce tout naturellement de remonter à sa cause, et l'on trouve toujours un choc ou un coup sur le sein. Il est facile d'expliquer ainsi pourquoi le traumatisme a été si souvent accusé.

Nous répondrons à cela que beaucoup de femmes y ont songé seulement après que l'interrogatoire a été dirigée dans ce sens. La brodeuse en or, par exemple, fut extrêmement surprise lorsque je lui demandai si elle n'avait jamais pensé qu'il y eût une relation entre les pressions qu'elle exerçait contre son châssis et

(1) Voir les numéros d'octobre et de novembre. — Travail extrait de la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie.* 10 août 1880.

sa tumeur. Mais la réfutation la plus sérieuse nous sera fournie par les particularités mêmes des observations. La personne dont nous venons de parler pouvait fixer avec précision le point soumis aux traumatismes professionnels ; c'était juste là que se montra le premier noyau cancéreux. On l'extirpe : une récidive se fait au même endroit quatre ans plus tard ; et, après que cette seconde tumeur a été à son tour enlevée, les choses rentrent dans l'état normal. Un tel cas ne permet pas de conserver des doutes sur l'origine du cancer et sa nature purement locale.

Un fait analogue est enregistré dans l'observation 42. Pendant neuf ans, une femme occupée dans une grande propriété rurale doit toujours lever de pesantes jarres de lait en métal pour les placer sur les rayons de la laiterie ; elle est obligée pour cela de les appuyer contre la partie supérieure du sein gauche. Deux ans après qu'elle a abandonné ce travail, un noyau squirrheux se développe précisément au point où s'exerçaient auparavant les pressions. On l'a enlevé, il y a maintenant quatre ans, et depuis lors rien ne s'est reproduit. Il est impossible de ne pas voir dans tout cela une relation.

L'observation 45 est également probante (la malade, qui avait été longtemps occupée à tisser, attribuait encore sa tumeur aux pressions supportées par le sein) ; la malade de l'observation 57 portait depuis longtemps un corset mal conditionné. Le noyau se développa juste au point comprimé par le vêtement défectueux. Pour la personne de l'observation 48, on peut conserver des doutes. Il n'est pas démontré qu'il y eût un rapport de causalité entre les traumatismes minimes supportés par le sein pendant qu'elle écrivait et le cancer. Si celui-ci se développait sous une influence aussi légère, il serait probablement moins rare encore qu'il ne l'est. Cependant on ne doit pas oublier que les causes locales seules sont insuffisantes, et qu'il faut avec elles une prédisposition générale de l'organisme.

Un certain nombre d'observations mettent en évidence l'action de traumatismes d'une autre espèce agissant plus violemment, mais en une seule fois. Tel est le cas pour les deux sœurs L..... (obs. 24 et 37). Pendant l'été de 1867, la plus jeune a le

sein gauche violemment frappé par le rebord d'un buffet. Une ecchymose se fait au point touché, et seize mois plus tard, à la place même qu'elle avait occupée, se développe un noyau cancéreux qui la conduit au tombeau dans l'espace de trois ans et demi.

Trois semaines après sa mort, sa sœur ainée tombe d'un traîneau sur le sein droit. Au bout d'un intervalle plus court de un mois que chez la jeune, elle remarque au point où le choc a porté une tumeur que j'extirpe trente jours plus tard. On vit au microscope que c'était du squirrhe. S'il n'y eût eu que la première malade, il serait possible d'émettre un doute relativement à l'influence du traumatisme. Mais chez sa sœur, présentant les mêmes prédispositions héréditaires, ayant toujours vécu dans des conditions absolument identiques, la même cause avait des résultats analogues. Il serait difficile de faire volontairement une expérience qui eût la valeur démonstrative d'un tel fait.

Chez les malades des observations 15 et 46, des indurations développées immédiatement après des coups, devinrent douloureuses au bout de quelques années ; c'était aussi très probablement le cas pour celle de l'observation 56 ; il est certain que chez elle la nodosité fut aperçue peu de temps après le choc et qu'en moins d'un an la peau commença à se rétracter. Il serait superflu de nous arrêter sur tous les autres cas dans lesquels la même cause a été incriminée par les malades.

Pour bien démontrer que le sein ne jouit pas sous ce rapport d'un privilége spécial et unique, je rapporterai l'histoire d'un carcimone développé sur une autre partie du corps et après une lésion traumatique. Comme l'observation est intéressante à d'autres points de vue, je la donnerai *in extenso*, sauf pour les détails de l'autopsie, que je me bornerai à résumer seulement ici, parce que j'espère avoir l'occasion de les analyser plus amplement ailleurs.

Obs. — M. Londros, trente-sept ans, employé du chemin de fer à Hango, a le pied droit écrasé entre les tampons de deux wagons. Il

entre à cause de cela le lendemain dans la division de chirurgie. Comme il y avait un écrasement des os et que les parties molles étaient menacées de gangrène, surtout vers la face dorsale du pied, on fait le 9 juin la désarticulation tibio-tarsienne d'après le procédé de Pirogoff. On ne remarque d'ailleurs rien d'anomal dans le tissu de la portion de tibia réséquée. Le malade était vigoureux et bien portant; la plaie de l'opération se réunit parfaitement, et la guérison fut complète à la fin d'août, après l'élimination d'un petit séquestre.

Peu après, l'attention fut attirée par une parésie du facial droit. Selon le malade, elle serait survenue quelque temps avant l'accident, à la suite d'un refroidissement violent. Une amélioration se fit sous l'influence d'un traitement électrique par les courants interrompus; mais, pendant la guérison de la plaie, on vit que les ganglions cervicaux situés au niveau de la bifurcation de la carotide du côté gauche commençaient à augmenter de volume. A partir de ce moment, ils continuèrent de grossir et finirent par former une tumeur lobulée s'étendant en haut jusqu'au-dessus de l'angle de la mâchoire inférieure et descendant plus bas que la limite inférieure du larynx. Plus tard, les ganglions médians de la région sous-maxillaire et enfin ceux du côté droit se prirent. Presque au moment où commença cette tuméfaction, on remarqua que le facial et le moteur oculaire externe gauches étaient en état de parésie. Ce dernier fut bientôt complètement paralysé, et au mois de septembre son congénère du côté droit fut pris à son tour (à un moindre degré, il est vrai). A mon retour d'un voyage à l'étranger (septembre), je repris la direction du service. Le malade se plaignait alors d'une légère douleur dans le moignon; il la ressentait, disait-il, depuis plusieurs semaines; à l'examen, on trouva du gonflement, surtout au voisinage du tendon d'Achille. Mais, comme on pensait que le tout était en rapport direct avec l'amputation, on ne fit point spécialement attention à cette partie, d'autant mieux que l'on avait surtout en vue les phénomènes présentés par la région cervicale.

Le malade, qui commençait à s'affaiblir et à devenir somnolent, se plaignait surtout de céphalalgie et de diminution de la vue. Un examen ophthalmoscopique fait vers le milieu de septembre permit de constater une névrite optique parfaitement développée du côté gauche, et, du côté droit, une infiltration péripapillaire moins prononcée.

De plus la surdité est complète des deux côtés; depuis quelque temps, il avait remarqué que l'ouïe était un peu dure. En même

temps survinrent des vomissements et des attaques épileptoïdes, qui se répétèrent plusieurs fois en vingt-quatre heures, mais cessèrent après quelques jours, Pendant les accès, le malade perdait la parole et la connaissance. Tous ces symptômes augmentèrent d'intensité, les forces déclinèrent, et la mort arriva le 5 octobre.

L'autopsie fut faite le 10, à l'Institut anatomo-pathologique. On trouva vers la partie inférieure du moignon le périoste envahi par une tumeur molle, homogène, gélatineuse, d'un blanc grisâtre, qui entourait le tibia comme un manchon.

Elle s'étend en haut dans le canal médullaire; elle a presque détruit la moelle, dont on ne trouve que des débris dans le tissu morbide; elle est limitée en dehors par une mince écaille osseuse. Les ganglions du cou ont subi une transformation analogue; mais ils sont parsemés de taches hémorrhagiques nombreuses. La dure-mère a son aspect normal ; la pie-mère est œdémateuse. Nombreux corps de Pacchioni le long de la scissure longitudinale. Substance corticale pâle ; peu de sang dans la substance blanche, surface de section brillante ; dans les ventricules, sérosité claire et rougeâtre.

Poumons. — Des deux côtés, noyaux de broncho-pneumonie. Productions blanchâtres volumineuses, de consistance molle, entourées d'une zone d'hyperémie. Du côté gauche, petites éruptions miliaires grisâtres sur la plèvre : quelques centimètres cubes de sérosité rougeâtre dans les deux plèvres. Les ganglions correspondant à la bifurcation de la trachée ont subi, comme ceux du cou, la dégénérescence carcinomateuse; dans le parenchyme des deux reins, plusieurs tumeurs arrondies, assez fermes, blanchâtres, atteignant le volume d'une châtaigne ; dans quelques-unes, petites hémorrhagies. Les ganglions mésentériques, rétro-péritonéaux et inguinaux présentent à la coupe une surface grisâtre homogène ; ils sont tous dégénérés.

La transformation cancéreuse s'est certainement faite pendant la guérison de la plaie dans la partie du tibia la plus voisine, puis la maladie a gagné avec une extrême rapidité les ganglions lymphatiques et les organes internes. Quelle a donc été la cause de ce processus? Il me semble qu'on peut admettre l'influence de la lésion traumatique, par suite de laquelle il y a eu contusion de l'os et de son enveloppe. Si l'on ne veut

pas de cette explication, on doit supposer qu'une sorte de principe cancéreux en suspension dans l'hôpital a produit une infection ayant la plaie pour point de départ, ou laisser de côté ce fait comme inexplicable.

J'ai cherché à démontrer avec toute l'exactitude et la précision permises par les matériaux rassemblés ici que le carcinome mammaire a très souvent une origine traumatique, et cela surtout parce qu'à notre époque on ne veut pas reconnaître cette étiologie. Winiwarter dit à ce propos (page 51 du travail déjà cité) : « Ancienne et dénuée de preuve comme l'est l'opinion relative à l'origine traumatique du cancer mammaire, il ne manque point d'occasions où l'influence du traumatisme est accusée. Nous ne saurions attacher à cela aucune importance pour deux raisons : 1° les femmes déclarent parfois que le cancer est apparu un ou deux jours après le traumatisme ; 2° d'autres fois elles incriminent un accident arrivé des mois ou des années avant l'apparition de la tumeur et lui accordent une signification arbitraire. Il n'y a pas jusqu'ici, que je sache, une seule observation qui puisse démontrer d'une façon certaine l'influence d'un traumatisme momentané de n'importe quelle nature sur le développement d'un sarcome ou d'un carcinome du sein. Je crois que nous devons accorder moins d'importance aux lésions mammaires étendues et profondes mais n'agissant qu'une seule fois qu'à des irritations insignifiantes par elles-mêmes mais souvent répétées. »

En somme, Winiwarter ne croit guère, comme on le voit, à l'origine traumatique. Un choc unique, de n'importe quelle nature, a moins d'importance que des pressions légères mais fréquentes. D'après lui, on doit plutôt s'en prendre aux grossesses et aux allaitements qui, en amenant une mastite chronique, créent une excellente condition pour le développement du cancer: Certains lobules de la glande sont alors traversés ou circonscrits par de petites masses de nature conjonctive et dont la structure diffère de celle du tissu ambiant. Le même auteur croit que les éléments cancéreux viennent de la néoformation de cellules glandulaires dans les lobules en question,

ou peut-être de la prolifération des cellules des parois de leurs vaisseaux en état d'irritation chronique. De telles indurations peuvent rester des mois, parfois plus de dix ans sans être aperçues. Lors même d'ailleurs qu'aucun reliquat n'eût persisté après la mammite, elle n'en créerait pas moins une prédisposition au cancer.

Comme les conclusions auxquelles je suis arrivé diffèrent essentiellement de celles de Winiwarter, il ne me paraît pas inutile de nous y arrêter un moment pour les discuter.

Nous ne savons pas d'une manière certaine ce qui se produit dans le tissu mammaire immédiatement à la suite d'un traumatisme ; mais il nous semble admissible que les choses se passent là comme dans toutes les parties similaires de l'économie. Chez la malade de l'observation 56 qui s'est frappée le sein droit contre une huche, on remarque tout d'abord un peu de tuméfaction et une teinte ecchymotique ; bientôt, le point touché est le siège de sensibilité et d'élancements, et peu après un noyau d'induration devient manifeste. Ceci nous montre qu'il y a eu rupture vasculaire, extravasation sanguine, mastite et par conséquent néo-formation inflammatoire ; c'est-à-dire que, après la résorption du léger épanchement sanguin ou sa transformation en un tissu nouveau, il se produit les mêmes altérations qu'après la mastite ordinaire. De cette façon les moindres parties de la glande peuvent être entourées et isolées par un réseau conjonctif récent tout aussi bien que dans la mammite puerpérale. Ceux qui, comme nous, cherchent à démontrer l'origine traumatique du cancer, peuvent expliquer ainsi le mécanisme des altérations histologiques. Pour bien nous entendre, nous pourrions même poser la question dans ces termes : la mastite qui sert de point de départ au cancer est-elle plus fréquente après l'allaitement qu'après le traumatisme ?

Comme je n'ai pas accordé grande importance aux processus puerpéraux siégeant dans le sein ; et que j'ai noté dans quelques cas seulement la mastite de cette nature, il m'est impossible de donner par la statistique sa fréquence dans les cas rapportés,

mais par la démonstration indirecte nous arriverons à prouver, je l'espère, que la mammite puerpérale n'a qu'une importance secondaire au point de vue qui nous occupe.

Remarquons en premier lieu que dans nos faits le nombre des cancers chez les célibataires et les femmes mariées a été proportionnel à la quantité totale des personnes du pays se trouvant dans ces conditions d'état civil. Il en eût été autrement si la mastite qui suit l'accouchement eût été une cause fréquente de cancer. Ainsi, dans un cas sur trois au moins, il est absolument certain qu'elle n'a pas existé. L'influence du traumatisme au contraire ne saurait être exclue dans aucun fait d'une façon catégorique.

Cet argument serait irréfutable si le nombre des observations était plus grand ; mais on ne saurait en tirer une preuve convaincante puisqu'une statistique plus riche fournit une assertion contradictoire. On ne peut hardiment affirmer qu'une chose : *C'est que la mastite de l'état puerpéral n'est pas la cause exclusive des cancers du sein.*

La statistique de Winiwarter démontre, comme la mienne, que le siège de prédilection de ces tumeurs est la partie supéro-externe de la glande ; qu'elles sont beaucoup plus rares en bas et en dedans. Je ne connais pas un seul document indiquant si les inflammations frappent de préférence un endroit déterminé. En admettant qu'il en soit ainsi, il y a tout lieu de croire que ce ne sera ni la partie supérieure, ni la partie inférieure du sein. On comprend très bien au contraire que les traumatismes portent surtout en haut et en dehors et c'est précisément là que commence le plus souvent le cancer. Il débute rarement par la moitié inférieure ; or chez la plupart des malades cette région était à peu près directement inaccessible, protégée qu'elle était par la masse mammaire qui descend vers les parties déclives presque proportionnellement à l'âge. Si d'ailleurs on admet que la mastite se développe avec la même fréquence dans toutes les parties de l'organe, elle doit laisser partout des noyaux indurés ; pourquoi ceux de la partie supérieure subissent-ils le plus souvent la dégénérescence cancé-

rcuse? Vous ne pouvez l'expliquer d'une façon quelque peu rationnelle qu'en ayant recours à l'influence de traumatismes.

Si donc le cancer a pour lieu d'élection les points qu'intéressent le plus souvent les chocs ou les froissements; s'il est impossible d'assigner le même siège habituel aux mammites des femmes en couche, on est obligé d'avouer que les relations du néoplasme sont bien plus probables avec les phénomènes du premier ordre qu'avec ceux du second. Un dernier argument. La plupart des malades atteintes de cancer du sein, il ont dépassé depuis longtemps le terme ultime de la vie sexuelle. Pour remonter de l'effet à la cause il faudrait faire un retour de plusieurs années en arrière. Admettons la quarantième année comme limite ordinaire de la période de la vie dans laquelle ont lieu le plus souvent les accouchements; ajoutons un an pour l'allaitement et quatre ans correspondant au plus long espace accusé par nos observations entre le moment du traumatisme et l'époque où les malades se sont adressées au médecin. Nous trouvons que l'hypothèse d'une transformation cancéreuse de résidus inflammatoires s'effectuant dans ces conditions n'est applicable que chez les personnes de 45 ans et au-dessous. Des quarante femmes mariées dont nous avons rapporté les observations quatorze seulement avaient cet âge. Pour que chez les autres la relation entre le cancer et les produits phlegmasiques fût acceptable, il faudrait admettre avec Winiwarter que les résidus inflammatoires restés tels quels pendant dix ans ou même davantage peuvent se transformer en tissu cancéreux.

Une telle hypothèse est difficile à concilier avec ce que nous savons actuellement sur les processus dégénératifs. Quand même on dirait qu'il reste dans le sein des désordres analogues à ceux que l'on a constatés dans les parties malades de la femme de l'observation 51, il faudrait encore trouver une cause occasionnelle à la dégénérescence cancéreuse et dans ce cas la mastite puerpérale redescendrait au rang de simple prodisposition.

Résumons les résultats de nos observations, et nous verrons

qu'il ne pouvait être question de causes puerpérales chez les célibataires, formant le tiers du nombre total ; chez vingt-six, cette affection ne pouvait être qu'une cause prédisposante. Chez quatorze seulement, il était possible qu'elle eût été la cause déterminante. Il est donc impossible de dire qu'elle soit la plus fréquente de toutes, d'autant mieux que le siège habituel du carcinome mammaire milite bien plus en faveur d'une origine traumatique que de toute autre.

Mais on rencontre des milliers de femmes ayant subi des chocs, ayant eu des mastites suppurées ou non, sans que jamais ni les unes ni les autres aient été suivis de cancer ; il faut de toute nécessité faire une large part à la *prédisposition*. Sa nature nous est absolument inconnue, mais son existence ne saurait être mise en doute. Chez la femme Stigell, par exemple (obs. 11), on voit se développer dans le sein un noyau cancéreux que l'on extirpe ; cinq ans après, première récidive, puis deux autres à intervalles plus courts. Chaque opération est suivie d'une guérison qui semble complète. La mamelle avait une aptitude particulière et toute locale à produire du cancer, puisque c'était là seulement ou dans le voisinage immédiat que les noyaux se développaient.

A côté des prédispositions organiques et locales, on doit en admettre une autre générale. Autrement on s'expliquerait mal pourquoi, chez les personnes des observations 9 et 10, la récidive eut lieu dans la colonne vertébrale, tandis que les ganglions de l'aisselle qui se trouvent directement sur le trajet suivi par l'infection cancéreuse restaient indemnes. Chez ces deux malades, les tumeurs vertébrales ne résultaient nullement d'une généralisation partie du sein ; c'était une manifestation nouvelle de la diathèse. L'observation 27 nous en fournit un autre exemple ; on enlève la tumeur mammaire, et la malade paraît guérie. Sept ans plus tard, elle se représente avec un nouveau carcinome, mais celui-ci siège à un autre endroit.

Dès l'instant où l'on croit à la prédisposition, on est forcé d'admettre qu'elle passe d'une génération à une autre, autrement dit que le carcinome est héréditaire. Les cas bien connus

dans lesquels des membres de plusieurs générations d'une même famille moururent de cancers de différentes formes ne laissent aucun doute à cet égard. Cette hérédité doit être rare, puisque le tiers de nos faits dans lesquels il en a été question sont négatifs à cet égard ; ces personnes ne pouvaient se rappeler, si loin que s'étendissent leurs souvenirs, si un membre de leur famille avait eu la même maladie. Il est même probable que les autres ont été également questionnées relativement à leurs parents et qu'on n'a pas enregistré leurs réponses parce qu'elles étaient toutes négatives. La prédisposition héréditaire est certaine, mais elle est rare.

Il serait très utile de donner une moyenne pour la durée du cancer mammaire abandonné à lui-même. Au point de vue théorique, elle permettrait d'établir une comparaison relativement à la durée du processus cancéreux dans d'autres organes, entre celle des cas opérés et de ceux qui ne le sont pas ; au point de vue pratique, cette détermination peut rendre de sérieux services pour le pronostic d'un cas donné; une telle statistique ne peut avoir d'utilité réelle que si l'on spécifie mieux les cas qu'on ne le fait habituellement. Si l'on veut, par exemple, obtenir une moyenne pour le carcinome, il faut distinguer les formes rares des formes communes. Le squirrhe en cuirasse et surtout le squirrhe atrophique seront laissés de côté, parce que le premier abaisserait la moyenne, tandis que le second l'élèverait plus que de raison.

Nos matériaux nous fourniront des données excellentes sur la première forme, parce que l'on n'a jamais opéré. Voici la durée de nos sept cancers en cuirasse :

Date de l'observation.	Noms et prénoms des malades.	Age.	Durée de la maladie:
1860	Obs. 1. K.-E. Sylvius.	45	8 mois 3/4
1863	» 7. M. Benvik.	49	11 »
1873	» 34. C.-S. Sjoblad.	46	7 »
1874	» 38. M.-E. Eliœdotter.	36	12 »
1875	» 41. A. R...n.	54	6 mois 3/4
1877	» 62. W. Clofsdotter.	38	7 »
1879	» » M. Forsen.	50	5 »

Le nombre des faits n'est pas grand, mais leur conformité n'en est que plus frappante; elle montre l'effroyable rapidité avec laquelle l'organisme est ravagé. Jamais la vie ne s'est prolongée au delà d'un an; souvent il n'a guère fallu que six mois pour que le cancer tuât les malades. La durée moyenne a été de huit mois trois dixièmes. L'âge ne semble exercer aucune influence; la maladie se voit aussi bien chez les vieilles femmes que chez les jeunes. La moyenne de quarante-cinq ans, plus basse de quatre ans que celle des autres cancers, indique une légère prédisposition du côté des personnes les plus jeunes. Cette différence ne tient pas à ce que la statistique des squirrhes en cuirasse contient une plus grande quantité de jeunes femmes que l'autre, mais simplement à ce qu'elle contient moins de femmes âgées; il est possible que cette forme ne se présente pas très tard. Une autre propriété redoutable dont elle jouit, c'est la rapidité de la généralisation. Deux malades avaient les ganglions de l'aisselle pris lorsqu'elles s'aperçurent de l'existence de la tumeur du sein (obs. 34 et 3). La première avait déjà de l'engourdissement du bras quand la mamelle était encore absolument normale. Dans les cancers ordinaires, les ganglions sont d'abord envahis du côté intéressé; ici, ils le sont souvent des deux en même temps. Il faut en chercher l'explication dans la rapidité avec laquelle le processus s'étend; parfois la tumeur dépasse de très bonne heure la ligne médiane et gagne le second sein. Mais la même chose peut arriver lorsque le cancer n'est pas encore parvenu à la ligne médiane. Cette rapidité de l'invasion paraît tenir à l'excessive malignité et à la propriété qu'a la maladie de s'étendre en suivant les lymphatiques de la périphérie. Le grand nombre des ganglions axillaires pris presque en même temps et le degré de développement atteint par leur dégénérescence indiquent la même chose. Ordinairement on trouve un cordon induré qui va du sein à l'aisselle; les ganglions, ceux qui sont au-dessous du grand pectoral ou dans la région sus-claviculaire, parfois la moitié de ceux du cou, sont intéressés.

La cachexie suit la même marche : elle débute en même

temps que la tumeur, parfois avant elle, puis les malades maigrissent et perdent leurs forces avec une rapidité extrême. Celles des observations 34 et 0, qui avaient toujours été bien portantes jusqu'alors, furent obligées, au bout de quelques mois, de prendre le lit; depuis lors, elle ne le quittèrent plus. Il n'y a pas, du reste, d'autres troubles fonctionnels qu'une anorexie précoce.

Dans le cancer ordinaire du sein, l'extension du mal est centripète et suit également tous les lymphatiques; les noyaux cancéreux se développent aux dépens du voisinage; mais il n'y a point d'infection générale à proprement parler. Dans le squirrhe en cuirasse, le poison ne suit plus seulement les lymphatiques centripètes, il accompagne également les lymphatiques cutanés périphériques. On a vu dans l'observation 0 une de ces tumeurs à marche aiguë qui présenta l'aspect de l'érysipèle. Les traînées rouges ont une ressemblance telle dans les deux cas qu'on ne peut reconnaître celles du cancer qu'à leur coloration plus livide. A ces différences on doit ajouter encore celle des températures locales. Dans l'observation 0, elle était de plus de 1/2 degré entre les parties saines et les parties envahies. Un tel mode d'extension, qui paraît propre à cette variété de carcinome, peut servir à l'étudier plus sérieusement qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour.

Il est difficile d'établir la durée du squirrhe atrophique, parce que les malades ne peuvent pas dire à quel moment précis le début a eu lieu. Probablement elle dépasse souvent dix ans, comme ce fut le cas dans l'observation 29, la seule dans laquelle on n'ait pas fait d'opération.

Si l'on retranche des cinquante-huit faits rapportés les squirrhes en cuirasse et atrophiques, et si l'on considère les autres comme des carcinomes ordinaires, on ne trouve qu'un seul cas dans lequel la durée de la maladie soit notée (obs. 24). Chez les autres personnes, pour lesquelles il n'y a point eu d'intervention chirurgicale, la mort est survenue par des complications intercurrentes; souvent d'ailleurs nous manquons à cet égard de renseignements. Dans le cas auquel nous avons

fait allusion, la durée fut de quarante-cinq mois, c'est-à-dire un peu plus longue que celle qu'a donnée Winiwarter sur une moyenne de vingt-cinq cas (trente-deux mois neuf dixièmes).

Avant de montrer le résultat de mes recherches sur l'influence des traitements opératoires, je dois faire quelques remarques brèves sur les règles que j'ai suivies. Elles ont été légèrement modifiées avec le temps et à mesure que mon expérience s'est augmentée. J'ai de plus en plus limité les indications. Je refuse d'intervenir dans le squirrhe tégumentaire ou en cuirasse, parce que la rapidité effrayante de sa marche, la propriété qu'il possède d'envahir dès le début les ganglions axillaires le rendent absolument incurable, et qu'on doit craindre qu'une opération ne réussisse qu'à hâter sa termination.

Au contraire, j'agissais toujours de bonne heure naguère dans certaines formes de transition caractérisées par de petits noyaux cutanés contemporains de la tumeur mammaire originelle. Je regarde aujourd'hui leur présence comme une contre-indication. Quel que soit le soin qu'on prenne en les extirpant, la plaie de l'opération ne peut guérir sans qu'on soit menacé d'une récidive *in loco*.

Au début, j'opérais le squirrhe atrophique; depuis, j'ai cessé de le faire, parce que j'ai reconnu que la marche de l'infection ne peut être arrêtée par ce moyen ; elle serait plutôt accélérée. Quand on voit dans l'observation 10 que la maladie durait depuis plusieurs années sans que les ganglions de l'aisselle eussent été touchés, qu'après l'opération la maladie prit un caractère bien plus redoutable, on ne saurait s'empêcher de songer que cette modification de la marche a été en rapport avec l'influence exercee par l'intervention opératoire ; mais on ne s'explique pas trop comment. Dans ces derniers temps, j'ai donc toujours regardé le squirrhe atrophique comme un *noli me tangere*. Cette forme n'agit guère sur l'organisme pendant sa période de développement; les malades peuvent vivre longtemps avec leur tumeur, sans qu'elle subisse aucun changement; on court de grands risques, en opérant, de provoquer une récidive d'une forme plus grave. Si au contraire le cancer atrophique est ar-

rivé à sa dernière période, si l'infection commence, il est inutile d'opérer, parce qu'il est incurable et que le traitement ne fait qu'accélérer la marche.

L'exemple présenté par la malade de l'observation 29 montre que la tumeur peut persister des années sans affecter l'organisme; mais, si un traumatisme amène une exagération circulatoire, un changement brusque se fait. La marche devient formidable, et les malades peuvent être enlevées aussi vite que par un cancer des téguments.

Je refuse également d'opérer les tumeurs qui adhèrent à la cage thoracique ou à la peau sur une grande étendue, celles qui sont accompagnées d'adénopathies axillaires telles que l'on ne pourra les enlever en totalité.

Parmi les cinquante-huit cas rapportés, quarante-cinq seulement furent opérés. Parmi les malades, vingt-trois appartenaient aux classes éclairées de la société, vingt-deux aux autres.

Il est admis en général que les récidives se font dans un laps de trois ans; on peut en déduire qu'après ce temps les opérées sont définitivement sauvées. Pour mon compte, je ne crois pas qu'une *récidive* puisse se faire plus tard; mais malheureusement rien ne nous prouve que la même maladie n'envahira pas de nouveau le même organe.

Ceci n'est pas sans créer des difficultés quand on veut établir une statistique. Si nous nous en tenions rigoureusement à la période triennale, les faits des observations 11 (Stigell) et 31 (M....n), dans lesquels un nouveau noyau cancéreux ne se montra que cinquante et cinquante-huit mois après la première opération, devraient être rangés parmi les succès complets. Je ne crois pas qu'il soit possible de le faire; nous placerions comme guérie dans le premier cas une personne qui plus tard a été reprise de la même maladie; pour le second, un même individu serait porté deux fois guéri pour un cancer du même sein. Le plus simple est de ne pas tenir compte des deux opérations faites dans ce cas et de garder la détermination de trois ans, pour que les résultats de notre statistique puissent être comparés avec ceux d'autres auteurs.

Outre ces deux faits, nous avions eu le 11 février 1879, huit succès complets. Nous allons résumer dans le tableau suivant (1) tout ce qui est relatif à l'âge, à l'état civil, à la nature de l'opération et au temps écoulé depuis :

Jour de l'opération.	Numéros d'observations et noms des malades.	Age.	Etat civil.	Temps écoulé depuis le début de la maladie jusqu'à l'opération.	Temps écoulé depuis l'opération.	Nature de l'opération.
				Mois.	Ans Mois	
1869. 5 mars.	20. M.-H. Grangwist.	27	Mariée.	18	9 11	Extirpation.
» 9 mars.	21. H. Sich...r.	28	Id.	2	3 11	Extirpation.
» 24 oct.	27. M Svan.	61	Id.	»	7 5	Amputation.
1874. 2 mai.	37. E. L...e.	51	Célibat.	1	4 9	Extirpation.
1875. 3 mai.	42. Lükander.	44	Id.	4	3 9	Amputation.
» 30 juin.	31. Fr. M...n.	68	Id.	5	3 7 1/2	Extirpation.
» 15 sept	44. M. M...n.	46	Mariée.	1	3 5	Extirpation.
1876. 11 fév.	48. Cl. M...n.	47	Célibat.	2	3	Amputation.

Si l'on retranche du nombre total des opérées celles qui fon suite à l'obsservation 48 parce que le laps de trois ans n'est pas encore écoulé, il nous reste quarante cas dont les résultats définitifs sont connus. Sur ceux-ci l'opération a réussi complètement huit fois, soit une proportion de 20 0/0.

En réalité : *La cinquième partie des opérations a donc produit la guérison.*

Si l'on fait entrer en ligne de compte les deux cas dont il a été question plus haut, le résultat général est encore meilleur : le quart des opérations aurait été suivi de guérison.

(1) Il s'est écoulé un peu plus d'un an depuis la rédaction de ce tableau, et pendant ce temps je n'ai perdu de vue aucune des malades ; s'il y eût eu une récidive dans un cas ou dans un autre, j'en eusse été sûrement prévenu. On peut donc ajouter un an à tous les chiffres que donne le temps passé depuis les opérations, sauf pour la malade de l'observation 27, qui est morte.

En tenant compte des cas à résultat encore incertain parce qu'il y a moins de trois ans que l'opération a été faite, on arrive presque à la même proportion; selon toute probabilité la guérison sera définitive chez la malade de l'observation 57. Ces chiffres sont très satisfaisants. Un chirurgien de la plus grande valeur, le professeur Billroth, n'a eu naguère à Zurich qu'un seul succès complet sur un nombre de cas presque aussi grand (38). Sur 170 opérées à Vienne la proportion est 4,7 0/0 (8/170). Il est très probable que la différence tient à ce que ces malades furent opérées plus tard. La moyenne du temps écoulé entre le moment où le cancer fut découvert et celui de l'intervention est de 17 mois 7; chez les nôtres cette moyenne n'est que de 12 mois.

Sur nos 8 opérées, 2 seulement appartenaient aux classes ignorantes; c'est encore là un fait bien en harmonie avec l'opinion généralement admise que les chances de guérison d'une tumeur cancéreuse sont d'autant plus grandes que l'opération est plus précoce. En effet, les personnes appartenant aux classes éclairées savent que les tumeurs mammaires sont dangereuses, lors même qu'elles sont encore indolentes ou peu douloureuses et elles se présentent de bonne heure au médecin; au contraire les malades d'une situation sociale inférieure ne s'inquiètent que si elles souffrent, s'il y a une ulcération, ou si l'invasion des ganglions axillaires a déterminé de la gêne dans les mouvements du bras.

La même observation s'applique aux renseignements fournis par les malades relativement au temps qui s'est écoulé depuis le moment où elles se sont aperçues de l'existence de leur tumeur jusqu'à l'opération. Il a été en général de 1 à 2 mois. Chez une seule personne elle a dépassé 5 mois. La moyenne des 7 cas heureux dans lesquels ce renseignement a été fourni est de 4 mois 7/10.

Si l'on calcule de la même manière pour les 29 autres cas de carcinome ordinaire dans lesquels la même donnée est inscrite, on trouve 12 mois. En établissant une comparaison entre les deux chiffres, on voit que les personnes qui ont été sauvées

étaient surtout celles qui avaient consulté le médecin de meilleure heure.

Cette différence eût été encore plus sensible si le temps noté dans l'observation 20 n'avait pas élevé la première moyenne. Le récit de la malade a dans ce fait une importance sérieuse, car il montre que l'on ne doit pas désespérer de la guérison lors même qu'une tumeur a été observée depuis plus de dix-huit mois.

On peut donc dire d'une manière générale que plus une opération est précoce, plus les chances de succès sont nombreuses. Mais le temps n'est pourtant pas le facteur unique ou fondamental comme le démontre l'observation 47. La malade se présenta à moi quelques jours après qu'elle avait découvert sa tumeur qui avait alors la grosseur d'un pois; elle fut opérée peu de jours après ; elle eut malgré tout une récidive.

On devrait, lorsque les tumeurs sont récentes et que la santé a toujours été bonne auparavant, pouvoir assurer les malades du succès. Mais si le temps est un élément important, la nature du néoplasme et la prédisposition individuelle en constituent deux autres plus sérieux encore; ce sont eux qui, selon toute apparence, doivent être placés au premier rang par rapport à l'issue que l'on peut attendre. Il est malheureusement impossible de fixer leur influence par des chiffres, bien qu'aucun chirurgien ne puisse la mettre en doute; nous allons nous arrêter un instant sur ce point.

Dans deux de nos huit cas heureux nous ne savions rien sur les causes; parmi les six autres, quatre avaient certainement et très probablement une origine traumatique. Il est possible que le squirrhe produit par cette cause, quoi qu'il ressemble aux autres et soit absolument de même nature qu'eux, ait un pronostic un peu meilleur.

Dans l'observation 45 où cette influence a été notée, la marche fut extrêmement lente, malgré une opération infructueuse faite dès le début.

Il me serait impossible de démontrer directement cette idée parce que je n'ai pas de matériaux suffisants ; je me borne à la

formuler pour que ceux qui observent sur un vaste champ puissent la contrôler.

Dans cinq des cas heureux, les ganglions de l'aisselle n'étaient pas pris, mais dans trois l'infection s'était déjà étendue jusqu'à eux quoique probablement le processus dégénératif ne fût commencé depuis longtemps dans aucun. L'invasion des ganglions axillaires ne prouve pas que l'organisme tout entier soit infecté et ne constitue point comme le croient certains chirurgiens une contre-indication opératoire absolue, car il reste encore des chances de salut.

Dans aucun de ces cas la tumeur ne s'était ulcérée; dans deux, elle avait atteint le volume d'un œuf de poule, et il y avait de la rétraction du mamelon. Le volume de la plupart des autres carcinomes variait de celui d'un pois à celui d'une fève.

D'après l'âge moyen des opérées guéries (46 ans 1/2) on serait tenté de chercher là une certaine influence. La moyenne pour tous les cas de cancer est de 49,3. Il ne faudrait pas attacher trop d'importance à ces chiffres, parce que, parmi les malades guéries, se trouvent deux des plus jeunes et deux des plus vieilles de toute la série; la moitié était célibataire. D'après la proportion prise sur le chiffre total des observations, nous ne devrions avoir que le tiers; on pourrait en conclure que la maladie est moins rebelle chez ces personnes que chez les femmes mariées, si l'on ne devait pas ici, comme toujours, tenir compte de fatalités inexplicables.

Il est parfaitement admissible que la nature même de l'opération influe sur le résultat. Lorsqu'un sein présente cette prédisposition de nature inconnue qui constitue la cause la plus importante du cancer, si l'on enlève seulement la tumeur et la partie circonvoisine et qu'une récidive se fasse, on peut se repentir de ne pas avoir enlevé toute la glande. Depuis plusieurs années, j'en suis venu à préférer l'amputation à l'extirpation.

Ce raisonnement théorique paraît indiscutable; mais l'extirpation a été suivie cinq fois de guérison, l'amputation trois fois seulement; il n'en faudrait pas conclure que l'extirpation

est préférable à l'amputation, mais que l'une et l'autre peuvent être également salutaires. En effet, j'ai extirpé surtout des petites tumeurs, et la plupart des guérisons ont trait à des cas de cette nature ; les mêmes malades eussent été sûrement guéries par l'amputation, de sorte que je suis disposé à donner la préférence à cette dernière.

On peut dire que, sur cinq personnes opérées de cancer du sein, une guérit, les autres meurent de l'opération ou de récidive.

Voici un tableau résumant les causes de la mort immédiatement après les opérations :

Années.	N°s d'observations et noms des malades.	Age.	Temps écoulé de l'opération à la mort.	Causes de la mort.
1863	8. S. Pihl.	54	42 jours.	Erysipèle ambulant.
1864	13. S.-A. Blomquist..	47	4 »	Id., pleurésie.
1867	15. U. Waselius.	68	3 »	Pleurésie.
1869	25. M. B....n.......	50	16 »	Erysipèle ambulant.
1871	33. B. Kemmerin....	48	17 »	Id.
1872	33. K. Adamsdotter.	65	4 »	Pleurésie.
1873	35. H. Blom	53	9 »	Erysipèle amb. Pleur. Phlegm. cuisse dr
1873	36. S. Kasemirski. ..	52	2 »	Septicémie.
1876	50. H. Matvejeff.....	69	25 »	Erysipèle ambulant
1877	53. A. Luoma.	45	6 »	Septicém. Sync. supp. artic. du carpe.

La quantité de morts a donc été de dix, ce qui fait 22 0/0 sur le nombre total des opérations, proportion sensiblement égale à celle des guérisons. On peut donc dire que :

Sur cinq personnes opérées pour un cancer du sein, une guérit, une meurt et les trois autres ont des récidives.

Ce sont les malades les plus agées qui ont fourni le chiffre de morts le plus fort après l'opération. L'âge moyen de la mortalité dans ces conditions est de 56 ans 5, tandis que pour toutes les opérées il est seulement de 49,3. Cela tient à ce que les érysipèles fixes ou ambulants d'origine chirurgicale sont plus graves chez les personnes d'un certain âge que chez les autres.

Or, cette complication est, comme on sait, une des plus communes à la suite des opérations en question.

Six fois sur vingt, les personnes ont succombé à des érysipèles, et ceux-ci n'avaient pas d'autres causes que la plaie; le temps le plus court après lequel cette terminaison est arrivée a été de quinze jours, le plus long de six semaines. La pleurésie a produit la mort assez souvent au bout de trois à quatre jours, la septicémie à peu près dans le même temps. Enfin, dans un cas, on a trouvé trois complications réunies.

La proportion de mortalité est le résultat des faits recueillis après, aussi bien qu'avant l'emploi des moyens antiseptiques; je l'ai donnée telle qu'elle découle de mes observations, bien que je sois persuadé qu'elle ne nous renseigne pas avec une parfaite exactitude sur le péril réel. Le coefficient de mortalité est certainement inférieur à 23,07 0/0, chiffre donné par Winiwarter pour les opérations de Billroth; malgré cela, je suis persuadé que, dans l'état actuel de la science, le danger est moins sérieux que ne le montrent les résultats rapportés ici en bloc.

Comme je l'ai dit, j'ai toujours regardé comme des contre-indications absolues des adhérences étendues et profondes de la tumeur à la paroi thoracique; malgré cela, plusieurs cas de mort ont été dus à des pleurésies purulentes. Il était impossible de songer à une propagation directe, car on s'était toujours tenu à une distance convenable de la séreuse; je serais plus disposé à m'en prendre à l'insalubrité du milieu. La plupart des autres décès ont été la conséquence d'érysipèles et de septicémies, accidents qui dépendent, à n'en pas douter, de l'air des salles. La plupart de nos opérations ont été faites dans un vieil hôpital destiné d'abord à un autre usage; la ventilation était défectueuse, et il était impossible d'isoler les cas d'érysipèle qui arrivaient du dehors, d'autant plus que le nombre des demandes d'entrées est toujours élevé. La personne qui fait le sujet de l'observation 19 fut prise d'un érysipèle ambulant aussitôt après son entrée; elle succomba au bout de dix-sept jours, sans qu'aucune intervention ait été tentée. Ce fait suffit pour

caractériser la constitution médicale alors régnante. Je suis donc absolument persuadé que, dans un établissement ou dans la pratique privée, les précautions antiseptiques étant soigneusement prises, le chiffre des décès serait notablement inférieur à celui que nous avons enregistré. Quel sera-t-il ? Cela dépendra un peu, comme toujours, des indications opératoires adoptées. Il variera naturellement suivant que le chirurgien aura surtout en vue d'établir une statistique brillante ou d'utiliser au profit des malades toutes les ressources dont il dispose.

(*A suivre*).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Mort de deux fœtus déterminée par un nœud des cordons ombilicaux.

M. Guéniot communique, avec pièces anatomo-pathologiques à l'appui, une observation qui lui semble destinée à trancher la question, encore controversée, de savoir si les nœuds du cordon ombilical sont susceptibles par eux-mêmes, et sans cause adjuvante, de déterminer la mort du fœtus. En effet, la majorité des accoucheurs (Baudelocque, Cazeaux, MM. De Villiers, Chantreuil), ne veut pas admettre la mort du fœtus par suite d'un nœud formé par le cordon ombilical.

Il s'agit d'une femme prise subitement, avant terme, à sept mois et demi, des douleurs de la parturition, auprès de laquelle il fut appelé. Il constata, grâce aux renseignements de la mère, que les mouvements du fœtus s'étaient ralentis depuis huit jours et avaient complètement disparu. Cette femme accoucha de deux enfants morts. Le corps du premier fœtus était très macéré ; le corps du second l'était moins. Ainsi se trouvaient confirmées les indications relatives, aux mouvements intra-utérins. L'opérateur attribuait déjà par conjecture la mort à une apoplexie placentaire, lorsque en

exerçant de très légères tractions sur le double cordon, il s'aperçut qu'il était enroulé en un nœud compliqué situé à environ 40 centimètres du placenta. Bien qu'il n'ait pu faire l'autopsie des fœtus et s'assurer qu'ils n'ont pas succombé à une maladie organique interne, M. Guéniot, s'appuyant sur une probabilité qu'il considère comme voisine de la certitude, attribue la cause de la mort à ce nœud du cordon ; il explique la formation du nœud par plusieurs évolutions que l'un des fœtus aura dû exécuter autour de l'autre.

A propos de la communication de M. Guéniot, M. Tarnier expose que l'on trouve souvent des nœuds du cordon, alors que les enfants sont venus au monde parfaitement bien portants. Il a fait, à ce sujet, un assez grand nombre d'expériences. Si l'on noue, même par trois nœuds très serrés, un cordon ombilical, et que l'on pousse une injection par l'une des extrémités, le liquide passe, un peu difficilement quand il y a trois nœuds très serrés, mais très facilement quand il n'y en a que deux ; à plus forte raison, lorqu'il n'y en a qu'un. Il est donc difficile de voir une cause de mort dans cette disposition.

On remarque quelquefois, sur les nœuds naturels, lorsqu'ils sont serrés, qu'ils sont en même temps aplatis. Or, dans l'observation de M. Guéniot, un seul cordon est aplati. Si cet état avait été cause de la mort de l'un des enfants, l'autre enfant aurait dû être vivant. Or, ils étaient morts tous les deux. De plus, M. Guéniot dit que l'injection poussée par l'un des cordons, après avoir traversé le placenta, ressortait par l'autre cordon. Il n'y avait donc pas d'oblitération des vaisseaux, et la cause de la mort nous échappe. Peut-être, si on eût fait l'autopsie, aurait-on pu découvrir cette cause, et, si l'on ne l'eût pas trouvée, on n'eût pas encore été autorisé à la rapporter aux nœuds des cordons, car il arrive bien souvent en obstétrique qu'il est impossible de savoir pourquoi les enfants sont morts.

A l'appui de ce que vient de dire M, Tarnier, M. Blot cite le cas d'une jeune femme, bien constituée et bien portante, qui accoucha dix fois d'enfants morts, sans qu'il eût été possible de trouver, soit chez elle, soit chez son mari, aucune cause de la mort. M. Blot fit l'autopsie du neuvième enfant, et M. Tarnier celle du dixième, la femme ayant fait ses deux dernières couches à la clinique. Il croit donc que le fait cité par M. Guéniot n'est qu'une simple coïncidence.

M. Depaul est de l'avis de MM. Tarnier et Blot ; il ne prend la parole que pour dire que rien n'est plus difficile que d'apprécier les causes de la mort des fœtus. Les nœuds du cordon sont un accident des

plus fréquents. On en trouve quelquefois trois sur des enfants bien vivants et magnifiques. Dans l'espèce que M. Guéniot a soumise à l'Académie la longueur du cordon était de 65 centimètres, — un peu plus que la moyenne, — et devait s'opposer à la constriction.

M. J. Guérin, tout en rendant hommage à la science de ses collègues, regrette qu'ils s'arrêtent à des coïncidences. N'y a-t-il donc pas des signes auxquels on puisse reconnaître que la mort du fœtus a été causée par la constriction du cordon? Est-ce que l'état des veines ou des artères, si ces vaisseaux étaient examinés avec soin, et selon qu'ils seraient trouvés vides ou gorgés de sang, n'éclairerait pas la question dont il s'agit?

M. Blot répond qu'il ne le croit pas; les fœtus sont expulsés souvent bien des jours après leur mort. Il s'est passé des phénomènes d'exosmose, de macération, comme on dit, qui ne permettent plus de constater sûrement la cause de la mort. Revenant à M. Guéniot, il ne trouve pas son observation de nature à lever les doutes sur le point en litige, malgré les espérances de son collègue à ce sujet.

M. Guéniot remercie ses collègues de leurs critiques qui reproduisent assez bien l'état des esprits auquel il a fait allusion, et les incertitudes des auteurs. Il n'affirme pas, quant à lui, d'une manière absolue, que les nœuds des cordons soient une cause de mort; mais dans le cas qu'il a cité, cette cause lui paraît probable, et c'est tout ce qu'il a voulu dire.

M. Tarnier demande à ajouter un seul mot à ses observations précédentes. Dans le cas de M. Guéniot, l'un des enfants est mort avant l'autre. Si la mort avait été causée par l'étranglement du cordon, il serait impossible de comprendre que cette cause eût tué l'un avant l'autre. En somme, M. Guéniot dit: oui; MM. Depaul, Blot et Tarnier disent: non, — et la question reste ce qu'elle était auparavant.

M. Guéniot répond qu'il n'affirmerait pas absolument, dans une expertise médico-légale par exemple, que le nœud du cordon est une cause certaine de mort; mais cette cause est tellement probable que, lorsqu'on trouve un fœtus mort, sans cause apparente, on est tenté toujours de l'expliquer par quelque compression du cordon.

Dans la séance du 4 janvier M. Guéniot s'excuse de revenir à une question qui ne peut intéresser que médiocrement l'Académie, il demande seulement la permission de lui communiquer une note relative à l'examen anatomique de la pièce communiquée dans l'avant der-

nière séance. Cette note est due à M. Farabeuf, dont la compétence spéciale ne saurait être contestée.

De cette note résultent deux faits principaux, à savoir: 1° les vaisseaux d'un des deux cordons étaient imperméables au niveau du nœud et contenaient du sang granuleux; 2° les vaisseaux du second cordon laissaient passer le liquide injecté au niveau du nœud. Si l'on rapproche ces faits des phénomènes observés, on s'explique la mort des deux fœtus. Le premier a succombé par suite de l'oblitération de son cordon; le second a été, pour ainsi dire, empoisonné par la communication qui existait entre le sang du mort et le sang du survivant.

M. Depaul. Je viens d'entendre le récit des expériences et de l'examen pratiqué depuis la dernière séance sur la pièce de M. Guéniot Ces expériences sont conformes à ce que nous observons habituellement. Il est, en effet, très fréquent de rencontrer après la mort un caillot obturateur dans les veines; mais ce caillot s'est formé après la mort, et rien ne prouve qu'il ait existé ici pendant la vie.

Quant à cette sorte d'empoisonnement de l'autre fœtus, elle ne se comprend pas physiologiquement. Rien ne passé du fœtus mort au fœtus encore vivant.

M. Colin (d'Alfort). M. Tarnier a dit que la nouure double ou triple n'est pas un obstacle à la circulation fœtale, parce que les injections de liquide coloré peuvent franchir cet obstacle; mais l'impulsion produite par le cœur du fœtus ne saurait être comparée à celle produite par une seringue. Dans une dissection pratiquée sur un poulain arrivé au neuvième mois de sa gestation, M. Colin a pu constater que les pulsations des vaisseaux funiculaires ne sont pas extrêmement énergiques. Il n'est donc pas surprenant que le fœtus ait succombé à une obstruction vasculaire qui, quoique insuffisante pour fermer complètement le calibre des vaisseaux, a été cependant suffisante pour s'opposer au passage de la quantité de sang nécessaire à la vie du fœtus.

Quant à la mort du second fœtus, elle a pu avoir lieu par septicémie.

M. Depaul. M. Colin vient d'émettre des opinions sur l'obstétrique comparée, que je ne puis admettre. Lorsqu'il dit que le second fœtus est mort par septicémie, il faudrait admettre que la putréfaction du fœtus ait eu lieu dans l'utérus. Or il est démontré que les fœtus de M. Guéniot n'étaient pas putréfiés.

M. Tarnier. M. Guéniot avait annoncé que les nœuds du cordon

avaient déterminé la mort des deux fœtus dont il a présenté l'observation.

J'avais dit à la séance suivante que, pour que le fœtus puisse succomber par le fait de l'existence d'un nœud du cordon, il faut que les vaisseaux soient oblitérés. Or M. Guéniot n'avait pas dit dans sa communication que l'un des cordons était imperméable à l'injection et qu'il allait prier M. Farabeuf d'en pratiquer la dissection. Il a donc ajouté dans le *Bulletin* un fait qu'il n'avait pas présenté à la tribune.

M. Tarnier accepte néanmoins le fait, mais il demande à M. Guéniot si le caillot signalé dans un des cordons n'a pas été produit *post mortem*. Les expériences et les autopsies qu'il a pratiquées lui font supposer qu'il en est ainsi.

M. Tarnier admet qu'un des fœtus soit mort par l'oblitération du cordon ; mais le second fœtus est vivant. Pour le faire mourir il faut accepter l'explication de M. Colin et croire que le premier fœtus s'est putrifié et a communiqué la septicémie au second ; mais une telle explication est absolument contraire à l'observation journalière des faits.

Rien ne prouve du reste que le second fœtus ait été privé de sang par le fait de la mort du premier. Il peut se former une circulation suffisante par anastomose pour alimenter le fœtus qui a survécu à l'autre.

Les faits apportés à la tribune par M. Guéniot ne prouvent donc ni que le premier enfant ait succombé à l'oblitération du cordon, ni que la mort du second fœtus ait été la conséquence nécessaire de celle du premier.

M. Colin cherche a démontrer que la putréfaction peut avoir lieu dans l'utérus malgré l'intégrité des membranes.

Cette assertion soulève de vives protestations de la part de MM. Blot et Depaul.

M. Depaul dit qu'il ne peut laisser passer ce que vient de dire M. Colin en ce qui concerne la putrescibilité du fœtus dans les membranes. Il conteste absolument la possibilité de ce fait, non seulement en médecine humaine, mais aussi en médecine vétérinaire.

Nous voyons chaque jour des enfants morts dans la cavité utérine, et qui sont expulsés après y avoir séjourné plus ou moins longtemps après leur mort ; ils sont expulsés et ne sont pas putréfiés ; ils ont subi une sorte de macération que Dubois avait comparé à celle des fruits confits. Ils ressemblent, ajoute l'orateur, aux « prunes de la mère Moreau ». Il y a donc à distinguer entre la putréfaction et l'altération

particulière qu'on observe chez les enfants qui ont séjourné dans une cavité remplie de liquide et à l'abri du contact de l'air.

M. Blot dit que M. Depaul vient d'énumérer une partie des arguments qu'il voulait exposer pour combattre l'opinion de M. Colin. Il veut néanmoins signaler à l'attention de son collègue un ouvrage dans lequel il trouvera toutes les notions qui semblent lui manquer. C'est celui de Martin (de Lyon), dans lequel se trouvent parfaitement décrits la momification et la macération que subit le fœtus dans l'utérus lorsque les membranes sont intactes.

Lorsque les membranes sont rompues, les choses ne se passent pas de la même manière, M. Blot a eu il y a quelques années, l'occasion de délivrer avec M. Tarnier, une pauvre femme chez laquelle la putréfaction du produit de la conception était très avancée. Mais cette putréfaction n'aurait certainement pas eu lieu si les membranes n'avaient pas été ouvertes.

M. Guéniot répète que le second enfant a pu succomber par le mélange de son propre sang avec celui de l'enfant mort.

M. Blot offre 10,000 fr. à M. Colin s'il peut lui prouver que la putréfaction du fœtus peut avoir lieu dans l'utérus lorsque les membranes sont intactes. Il ajoute qu'il ne faut pas confondre la putréfaction avec la macération et la momification. Cette dernière n'a lieu que dans les trois derniers mois du séjour du fœtus dans l'utérus.

Le défi porté par M. Blot est relevé par M. Colin qui dit que non seulement il apportera à l'Académie un fœtus putrifié contenu dans des membranes intactes ; mais qu'il démontrera que la momification du fœtus peut avoir lieu à toutes les périodes de la gestation.

M. Blot offre une seconde somme de 10,000 fr., si M. Colin peut prouver que la momification peut se produire à la fin de la grossesse.

Pour résumer cette discussion nous dirons que les faits apportés par M. Guéniot et les arguments mis en avant par ses adversaires n'ont guère fait avancer la question. A. Lutaud.

(*Séances des* 21 *et* 28 *décembre* 1880 *et du* 4 *janvier* 1881.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Rapport verbal par M. Polaillon sur une ovariotomie pour un kyste uniloculaire ayant renfermé 48 litres de liquide ; pédicule perdu ;

pansement de Lister; réunion immédiate; guérison par le Dr Bonnes, de Nîmes.

L'opération de notre confrère s'est terminée par la guérison, et apporte un succès de plus à l'actif des succès très nombreux de l'ovariotomie. Le kyste avait tellement distendu les parois abdominales que celles-ci tombaient jusqu'au niveau des genoux. Il en résulta des difficultés pour faire l'incision abdominale entre le pubis et l'ombilic, qui était fort abaissé ; aussi l'opérateur fit il l'incision entre le sternum et l'ombilic. Cette incision sus-ombilicale est le point remarquable de l'opération. Elle a permis d'arriver commodément jusqu'au pédicule et de terminer heureusement l'opération. En raison de cette particularité, je vous propose de publier l'observation de M. Bonnes dans nos Bulletins et d'inscrire son auteur sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

M. Terrier. M. Bonnes avait retiré par la ponction 48 litres de liquide Je tiens à faire remarquer que la soustraction de cette énorme quantité de liquide produit aussi la soustraction d'une énorme quantité de chaleur. C'est donc, une mauvaise condition pour l'opératiou. De plus, l'incision sus-ombilicale mène beaucoup plus loin de la cavité du bassin. Je désirerais avoir l'opinion de M. Polaillon sur la valeur du procédé.

M. Polaillon. N'ayant pas vu la malade de M. Bonnes, je ne sais si j'aurais adopté l'incision sus-ombilicale. Tout ce que je puis dire, c'est que M. Bonnes a préféré cette incision en raison des difficultés qu'il éprouvait à relever les parois abdominales pendant l'opération. Dans ce cas particulier, l'incision sus-ombilical a donné un bon résultat et a permis d'arriver facilement sur le pédicule de la tumeur.

Observation de M. Bonnes.

Mme V...., 41 ans, bonne constitution, beaucoup d'embonpoint bien réglée, a eu quatre enfants dont deux jumeaux, il y a cinq ans.

En janvier 1880, premier examen. Ventre énorme. La partie la plus déclive arrive jusqu'aux genoux. Peau dure, épaissie. La malade faite remonter le début de la maladie à huit ans.

En février, je ponctionne : 48 litres de liquide clair, citrin. Après l'évacuation, il y a tellement de peau qu'il est impossible de mantenir par un bandage ces masses mobiles et glissantes. Pas d'accidents.

Au mois de mai le ventre a grossi et madame V.... demande l'opération de l'ovariotomie.

Le 9 juin. *Opération.* — Chloroformisation. — Pulvérisation d'eau phéniquée. — La peau du ventre tombe tellement sur les cuisses que je renonce à l'inciser au lieu classique, entre le pubis et le nombril. Il me fallait deux aides pour refouler en haut cette masse abdominale fort lourde, etpuis j'étais surtout préoccupé du manque de parallélisme qui devait survenir après l'extirpation du kyste, entre les sutures superficielles et les profondes. De plus la surveillance de la plaie deviendrait difficile. Je me décide de faire l'incision entre l'ombilic et le stermum. Incision de 7 centimètres. Presque pas d'hémorrhagie. Adhérences du péritoine et du kyste dans une grande étendue. Les parois de celui-ci sont tellement amincies que je crois, au premier abord que le liquide qui s'échappe vient de la cavité péritonéale. Impossible de placer le trocart, Liquide clair, citrin. Les parois du kyste deviennent très épaisses à mesure que je fais l'extraction ; presque pas de sang. Application de cinq pinces hémostatiques.

L'ovaire gauche, sur lequel le kyste est implanté, est parsemé de petits kystes. Il y en a 12, la plupart gros comme des pois ; deux comme des noisettes, remplis de sang.

Ovaire droit sain.

Je fais la ligature entre l'ovaire et l'utérus avec un fil de soie très fin, et j'enlève la masse. Décidé à tenter la ligature perdue, je place au-dessous du fil de soie, un catgut n° 3 et j'enlève le fil de soie.

Toilette du péritoine. Sutures profondes avec des fils d'argent en dehors du péritoine. Suture superficielle entortillée avec des épingles et des fils de soie.

L'opération a duré deux heures ; il a fallu suspendre un moment la chloroformisation à cause de l'asphyxie ; pansement de Lister appliqué dans toute sa rigueur. Bandelettes de diachylon pour resserrer les parois abdominales. Bandange de corps.

Diète pendant deux jours. Eau fraîche pour calmer la soif. Les trois premiers jours, douleurs abdominales; ballonnement du ventre modéré ; un peu de fièvre. Aucun autre accident.

Troisième jour, café au lait, puis bouillon, eau vineuse. Lavements pour combattre la constipation cathétérisme de la vessie toutes les trois ou quatre heures.

Le sixième jour, je défais le pansement ; pas d'inflammation, la peau s'est réunie par première intention. Application de collodion avec cordonnets pour maintenir la réunion. Enlèvement de cinq épingles. Même pansement de Lister.

Le huitième jour, j'enlève les trois dernières épingles. Insignifiante, suppuration au niveau de l'ombilic qui a été compris dans l'insertion.

Au bout de quinze jours tout est terminé.

Trois mois après, la malade est en parfaite santé.

(*Séance du* 17 *novembre* 1880).

Dr R. Chenet.

SOCIÉTÉ AMÉRICAINE DE GYNECOLOGIE.

Médication intra-utérine. — Le Dr James P. White, de Buffalo donne lecture d'un travail sur la médication intra-utérine. (*Hints relative to intra-utérine médication.*) Comme les gynécologistes ne sont pas de la même opinion sur cette question, les idées de l'auteur ont provoqué une discussion longue et animée dans laquelle des auteurs bien connus ont exprimé des opinions tout à fait différentes.

Quoique le Dr White ne soit pas favorable aux injections intra-utérines avec des médicaments très actifs à cause des dangers qui peuvent survenir, il est partisan des applications, par petites quantités, de fluides dans la cavité utérine après la dilatation préalable du col. Il emploie à cet effet une sorte de tube qui permet au liquide de tomber goutte à goutte en pressant sur un bulbe élastique. Pour la dilatation du col, il recommande que l'on mette dans l'éponge un petit fil de fer ou une corde, afin d'empêcher qu'elle puisse se déchirer, lorsqu'on la retire.

Il scarifie la membrane muqueuse du col avant d'y introduire la tente. Le Dr White a aussi l'habitude de se servir de nitrate d'argent pour le traitement de l'endométrite, faisant usage d'un tube porte-caustique en caoutchouc. Il recommande l'emploi de la curette de Récamier.

Le Dr Battey, de Rome (Georgie), communique un mémoire *sur la médication intra-utérine par l'iode phéniquée.* Le Dr Battey emploie une préparation composée de deux parties, d'iode et de huit d'acide phénique, liquide appliqué sur de l'ouate au moyen de sondes élastiques.

Dans quinze cas il appliqua cette préparation une fois par semaine, pendant plusieurs mois; dans un cas il continua le traitement sans interruption pendant deux ans et demi.

Dans la discussion qui suivit, le Dr J. Marion Sims dit qu'il préfère la curette comme étant beaucoup plus efficace pour le traitement de l'hypertrophie des glandes utriculaires et les granulations fongueuses de l'utérus. Il repousse le remède du Dr Battey à cause de son odeur désagréable qui n'est comparable qu'à celle de l'iodoforme qu'il n'a jamais employé.

Il a guéri des catarrhes utérins très intenses à l'aide de l'emploi de la curette et du cautère de Paquelin.

Le Dr Isaac Taylor a les mêmes idées que le Dr Sims sur l'usage de la curette et du cautère.

Le phenol iodé a été trouvé efficace par le Dr W. Howard dans sept cas sur dix. Pendant plusieurs années il a laissé de côté l'emploi du nitrate d'argent comme pouvant produire des coaritations de l'orifice utérin.

Le Dr Fordyce Barker considère les injections intra-utérines comme dangereuses, excepté lorsque l'organe est élargi et ouvert comme après la délivrance ou lorsqu'il contient des fibromes. Dans les cas où la médication utérine est nécessaire, il ne considère pas la curette comme indispensable; elle peut être inutile et même nuisible. Les injections qu'il considère comme les plus efficaces sont celles faites avec de l'ergot, de l'ergotine ou avec la teinture d'iode.

L'auteur a guéri trois cas de dysménorrhée membraneuse compliquée de stérilité par la dilatation du col suivie de l'introduction d'un suppositoire d'iodoforme. Dans un cas ce traitement fut employé du mois de novembre au mois de février, époque à laquelle la malade devint enceinte pour la première fois; elle était mariée depuis six ans.

Le Dr John Byrne a pratiqué près de deux mille injections intra-utérines. La tolérance de l'utérus s'accroît en même temps que la membrane muqueuse s'éloigne de sa condition normale. Les fluides plus dangereux sont des solutions de nitrate d'argent et de chlorure de zinc. L'auteur a cessé toute injection liquide exceptée celles de chlorure de sodium après l'emploi de la curette.

M. le Dr Paul-J. Mundé n'est pas très partisan des injections intra-utérines; il applique cependant des liquides au moyen de la seringue de Battle en caoutchouc durci. Quoique efficaces, ces injections ne sont pas sans danger; dans trois cas des malades ont eu des coliques utérines.

Il ne voudrait pas introduire des liquides goutte à goutte dans la

cavité utérine, comme le recommande le Dr White dans son mémoire.

M. le Dr Nathan Bozeman pense qu'il faut d'abord s'assurer s'il n'existe pas un déplacement de l'utérus avant d'employer le traitement de la cavité, la maladie de l'utérus provenant souvent de sa position anormale.

Le Dr H. P. C. Wilson est partisan de la médication intra-utérine Il redoute l'emploi de la tente et ne s'en sert que très rarement; quand il est forcé de l'employer, il enveloppe l'éponge, avant de s'en servir, dans une feuille d'or. Pour la retirer, il saisit le col avec des pinces, l'attire en bas, passe un stylet autour de la tente afin de la séparer des membranes muqueuses. Elle peut alors être retirée sans effort.

Le Dr Thaddens A. Reamy n'emploie jamais les éponges prépa rées; il préfère la laminaire, mais au lieu d'une seule pièce de laminaire volumineux il se sert généralement de plusieurs petites tiges. Il fait usage de la médication intra-utérine, mais il préfère l'emploi de la curette dans le traitement de la dysménorrhée membraneuse; il l'applique un jour avant l'apparition des règles en faisant suivre cette application de l'injection d'une solution d'acide phénique

Le Dr Gaillard Thomas a terminé la discussion en disant que, en règle générale, la médication intra-utérine portée au delà de l'orifice interne était incertaine, souvent dangereuse et rarement utile. Il traite les cas de catarrhe utérin rebelle par la dilatation, puis par le raclage avec la curette et le tamponnement de la cavité du col, ou du coton iodé. Il est parfois nécessaire de répéter cette opération deux ou trois fois. En somme. le Dr Thomas pense que les injections intra-utérines sont rarement indiquées.

Le redressement de l'organe, l'emploi de la curette et le traitement constitutionnel lui paraissent constituer les principales indications du traitement du catarrhe utérin.

Nous avons donné un court aperçu de cette discussion afin de montrer les divergences qui existent entre les gynécologistes américains sur cette importante question de la médication intra-utérine. (*Transactions of the American Gynecological Society*, 1880.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Syphilis et mariage. — Leçons professées à l'hôpital Saint-Louis, par Alfred Fournier, professeur à la Faculté de médecine de Paris (1).

Le professeur Fournier vient de publier dans un volume de 300 pages environ les leçons qu'il (a professées à l'hôpital Saint-Louis sur ce sujet : syphilis et mariage ! Deux mots dont l'accouplement engendre l'effroi dans l'esprit de tout homme du monde et rappelle à tout praticien quelque péripétie plus ou moins dramatique de sa carrière médicale.

L'auteur débute par une courte introduction que nous croyons devoir reproduire, car ces quelques lignes permettent de suite de juger l'importance du sujet et la supériorité du plan adopté.

« Messieurs, je me propose d'aborder devant vous, dans une série de conférences, une question des plus graves, des plus importantes, au point de vue médical et social, à savoir : l'étude de la syphilis dans ses rapports avec le mariage.

« Cette question est éminemment complexe, comme vous le préjugez par son seul énoncé. Elle comporte une foule de problèmes divers de problèmes difficiles, délicats, périlleux, auxquels se rattachent les intérêts les plus chers des familles et où se trouve impliquée la plus lourde responsabilité pour le médecin.

« Mon désir, mon ambition serait sinon de résoudre tous ces problèmes, du moins de les poser, de les discuter devant vous, de façon à vous convaincre tout à la fois et de l'étendue des devoirs qui, en pareille matière, s'imposent à vous *vis-à-vis de la société*, et de l'excellence de l'office protecteur qu'il dépend de vous de lui conférer.

Une division toute naturelle du sujet se présente ici, c'est la suivante :

« 1° Un sujet syphilitique aspire au mariage et vient nous consulter à ce propos. Quelles conditions doit-il remplir, médicalement, pour que nous soyons autorisés à lui permettre le mariage ? ou bien, inver-

(1) Paris, Masson, éditeurs, 1880.

sement, dans quelles conditions, aurons-nous le devoir, soit de di[illegible] le mariage, soit même de l'interdire absolument?

« 2º Le mariage est consommé et la syphilis importée dans [illegible] conjugal.

« Quelles indications médicales se présentent alors à remplir [illegible] conjurer ou atténuer les dangers d'une telle situation? En d'a[illegible] termes, quel est, quel doit-être, en l'espèce, le rôle du médecin [illegible] *avant*, soit *après* le mariage? »

La double question étant ainsi posée, M. Fournier expose la s[illegible] tion du médecin en face d'un syphilitique célibataire et qui, dési[illegible] se marier, vient demander l'autorisation morale pour le faire. « [illegible] répondez jamais à la légère, dit le professeur Fournier; à votre [illegible] ponse en effet se rattachent les intérêts les plus sacrés, les plus [illegible] au cœur de tout honnête homme, de toute honnête famille, et [illegible] les plus divers, les plus multiples.

« Cette réponse que vous allez formuler implique de votre part [illegible] responsabilité que je ne puis qualifier autrement que de *considéra*[illegible] Et je ne crois rien exagérer en disant que dans le ministère du mé[illegible] cin, il est peu de problèmes à résoudre d'une part aussi graves [illegible] d'autre part aussi complexes, aussi difficiles aussi délicats que ce[illegible] là. Soyez en juges d'ailleurs; supposez un médecin se prononçan[illegible] la légère dans de telles conditions, et aboutissant à l'une ou à l'a[illegible] des deux seules erreurs possibles à commettre en l'espèce. A q[illegible] déplorables résultats ne va-t-il pas conduire son client?

« Première hypothèse : Il s'agit d'un malade qui, bien qu'ayant [illegible] la syphilis autrefois, *n'en est pas moins apte, de par le traitement qu'*[illegible] *suivi, de par les conditions actuelles de la diathèse, à contracter mari*[illegible]

« Le médecin consulté à cet effet se *trompe* sur la situation de [illegible] client et lui interdit le mariage.

« Conséquence : voilà un homme condamné au célibat, banni [illegible] vie honnête où il se proposait d'entrer, rejeté dans la vie irréguli[illegible] avec toutes les misères sociales ou autres qu'elle comporte ; — v[illegible] un homme dont un arrêt médical, brise peut-être l'avenir et le cœ[illegible] en le forçant à renoncer à une union qui pouvait assurer sa situat[illegible] et son bonheur ; — voilà un homme en tout cas privé de la fam[illegible] privé de ces deux choses, qui, après la turbulence des premières [illegible] nées de folle jeunesse, deviennent l'aspiration naturelle et comm[illegible] à savoir : le foyer de la famille et l'enfant.

« Seconde hypothèse : L'erreur est commise en sens inverse, et [illegible]

médecin permet prématurément le mariage à un homme dont la syphilis est encore vivace et dangereuse, oh ! alors, les conséquences d'une telle méprise sont vraiment désastreuses et désolantes. Car :

« 1° Cet homme pourra infecter sa femme. Eh ! quoi de plus triste que d'apporter à une jeune fille honnête, la vérole comme cadeau de noces !

« 2° De ce couple infecté, vont naître des enfants qui, fatalement, ou bien mourront à peine engendrés, ou bien apporteront en naissant la maladie de leur père. Et quoi de plus hideux pour un jeune mariage que la vérole dans un berceau ! »

Nous voudrions ne point écourter ce magnifique exposé, car ici le rôle du critique est rendu singulièrement facile ; on ne peut que louer, et la meilleure manière de le faire est, croyons-nous, de mettre sous les yeux du lecteur le texte même de l'auteur.

Entrant ensuite dans le cœur du sujet, M. Fournier soulève, discute magistralement et élucide complètement les questions suivantes :

La syphilis constitue-t-elle une interdiction formelle, un obstacle absolu au mariage ?

Quelles sont pour un syphilitique les conditions d'admissibilité au mariage ?

Et dans la deuxième partie intitulée*: après le mariage ?* alors qu'un homme syphilitique et non guéri de sa syphilis s'est marié, l'auteur étudie d'une façon aussi méthodique :

1° Quels dangers peuvent résulter de cette situation ?

2° Quel rôle nous avons à jouer médicalement pour conjurer ou atténuer ces dangers ?

Enfin, dans la troisième et dernière partie, se trouvent les notes et pièces justificatives qui constituent une accumulation d'observations bien faites et de documents précieux.

Le professeur Fournier aurait pu se contenter, comme le voulait Boyer, de nous donner tous ces matériaux si importants, de nous dire toutes ces choses vraies et si utiles, sans s'inquiéter des formes de son langage.

Mais d'après les citations qui précèdent, les lecteurs ont pu constater qu'il est difficile de rencontrer un style plus clair, plus élégant et plus élevé. Aussi ce livre, d'une lecture si facile et si attrayante, doit être connu de tous les médecins ; tous y trouveront soit à apprendre, soit la confirmation de leurs observations.

En publiant cet ouvrage, M. le professeur Fournier a rendu service

non seulement aux médecins, non seulement aux familles, mais à la société tout entière. Nous ne voulons pas lui a dresser d'autre éloge.

PINARD.

VARIÉTÉS

Cours de gynécologie. — M. le Dr de Sinéty commencera son cours de gynécologie à l'Ecole pratique le lundi, 17 janvier, à 5 heures, et le continuera les vendrdi et lundi suivants à la même heure (amphithéâtre n° 1).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE)

Résultat de quinze cas d'opération de Battey, par le Dr BATTEY. (*Bristish medical Journal*, 3 avril 1880, p. 510.)

Des suites du catarrhe chronique du col et de leur traitement, par HOFMEIER. (*Zeitschrift für geburtshülfe und gynäkologie*, IV Band, 2 Heft, p. 331, 1879.)

Du traitement chirurgical des rétrécissements des orifices du col utérin, par KUESTER. Communication à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin. (*Berliner Klin. Wohenschrift*, n° 28, p. 425, et n° 440, 14 et 24 juillet 1879.)

Des époques de prédilection de la grossesse, par COHNSTEIN. (*Archiv für gynäkologie*, Band, XV, 2 Heft, p. 220, 1879.)

La nécessité de la délivrance hâtive, démontrée par l'analyse de 161 cas de fistule vésico-vaginale, par T. A. EMMET. (*Transactions of the american gynecological Society*, p. 114, 1878.)

Le gérant : A. LEBLOND.

Paris. — A. Parent, imp. de la Fac. de méd., r. M.-le-Prince, 29-31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Février 1881.

TRAVAUX ORIGINAUX

NOTES SUR QUELQUES VOYAGES A L'ÉTRANGER
AU POINT DE VUE
DE L'OBSTÉTRIQUE ET DE LA GYNÉCOLOGIE.
1879-1880

Par le Dr J. Rendu.
Chef de clinique d'accouchement de la Faculté de médecine de Lyon.

J'ai visité l'année dernière et cette année, surtout au point de vue obstétrical et gynécologique, les universités de Londres celles de la Suisse, et les principales de l'Italie, de l'Autriche et de l'Allemagne, et en relisant les notes que j'ai receuillies dans ces différents voyages, il m'a paru intéressant d'en publier au moins la partie la plus originale.

Lorsqu'on visite un pays étranger on est généralement tenté d'admirer outre mesure toutes les choses nouvelles et utiles que l'on y rencontre, et trop souvent, au retour, sans avoir suffisamment recherché leur côté défectueux, on s'efforce de faire partager son enthousiasme à ses compatriotes. Connaissant cet écueil, j'ai fait tous mes efforts pour l'éviter.

Dans un premier paragraphe je relaterai, en les groupant successivement sous différents titres, mes observations générales ayant trait à l'obstétrique; dans le second je consignerai celles qui se rattachent à la gynécologie; le troisième sera consacré à quelques notes particulières recueillies dans la plupart de ces universités.

§ 1. — Observations générales sur l'obstétrique,

I. — *Des maternités.*

L'organisation de l'assistance publique pour les accouchements n'est pas la même partout. Ici les parturientes sont reçues dans des maternités; là on les secoure à domicile; ailleurs enfin, les soins leur sont simultanément donnés chez elles et dans les maternités.

1° *Dans les maternités.* — Les maternités sont le mode d'assistance le plus répandu; il y en a dans toutes les grandes villes de l'Italie, de la Suisse, de l'Autriche et de l'Allemagne. (Pour plus de détails, consulter le remarquable rapport officiel de mon ami, le Dr Budin, au ministre de l'instruction publique, avril 1879.)

La plupart sont très bien situées et isolées de toute habitation. Celles de construction plus récente (Berne, Zurich, Prague, Fribourg en Brisgau) semblent réunir toutes les conditions d'hygiène désirables : aération, lumière, espace, propreté, etc.

Je dois toutefois mentionner spécialement la ville de Halle dont la maternité, comme d'ailleurs les hôpitaux de clinique, présente un confortable que je n'ai vu nulle part surpassé.

Je ne puis pas en dire autant de Naples (hôpital Jésu-Maria), de Venise et surtout de Vienne, car dans ces villes on n'a pas encore affecté de bâtiment séparé aux soins des femmes en couches; celles-ci occupent une certain nombre de salles dans l'hôpital général.

Les maternités allemandes et suisses peuvent être comparées, au point de vue administratif, à nos asiles départementaux d'aliénés. Le médecin-directeur est chargé à la fois du service médical et de la direction de l'établissement. Dans plusieurs villes même (Prague, Dresde, Berlin, Leipzig, Halle), c'est là qu'il habite. Il est secondé par un ou plusieurs assistants, dont le traitement s'élève de 1,000 à 1,800 francs par an. L'un de ces assistants (1) a pour fonctions exclusives de soigner dans une salle séparée les femmes présentant des accidents puerpéraux (irrigations intra-utérines, bains froids, etc.). (2).

2° *A domicile.* — Cette habitude de secourir les parturientes dans leur propre maison existe depuis longtemps à Londres. Dans cette ville, en effet à part deux ou trois maisons d'accouchements, destinées à l'intruction des élèves sages-femmes, il n'y a pas, à proprement parler, de maternités.

On sait qu'à chaque hôpital de Londres est annexée une école de médecine. Le professeur d'obstétrique et de gynécologie a uniquement un service hospitalier de maladies de femmes. Son

(1) C'est quelquefois un étudiant.

(2) On sait que dans les maternités de la Suisse, de l'Autriche et de l'Allemagne, une ou plusieurs pièces renfermant sophas, bibliothèques, bureau, etc., sont réservées aux étudiants. Ceux-ci peuvent s'y installer et même y passer la nuit, pour suivre les accouchements. A Prague on a même consacré deux salles de 20 lits pour les étudiants inscrits aux cours d'obstétrique (professeurs Streng et Breiski). Les élèves y restent un semestre, moyennant la somme de 10 florins (20 francs), payés à l'administration.

assistant (house surgeon) porte le titre de ***résident accoucheur*** : a la direction des élèves. Tous les quinze jours il en désig un ou deux pour les accouchements qui se présenteront. Lors qu'on le prévient qu'une femme du district de l'hôpital est a douleurs, il envoie cet élève, et ordinairement ne l'accompag que si l'accouchement est laborieux. L'élève doit ensuite su veiller les suites de couches; il a de la sorte, chaque jour, un ce tain nombre de visites à faire. Le résident accoucheur reçoit lui les renseignements sur l'état de ses clientes, et lui donne sc concours sitôt qu'il survient quelque chose d'anormal.

Tenant à voir par moi-même le fonctionement de cette assis tance à domicile, j'ai accompagné M. Silk; le résident accou cheur de King's College Hospital et l'élève de service. Inutile d rappeler ici la misère profonde dans laquelle vit la classe pauv de Londres. « Et pourtant, dans de telles conditions, me disa M. Silk, l'état sanitaire des accouchées est assez satisfaisant.

3° *Assistance simultanée en ville et dans les maternités*. Dans l plupart des universités russes et allemandes (Berne, Zurich Berlin, Leipzig, Halle, etc.) il existe, indépendamment de l maternité, un service organisé de secours à domicile. Le soi en est ordinairement confié au premier assistant de la mater nité.

Ce service offre de sérieux avantages au point de vue de l'en seignement, car il fait bénéficier les élèves de tous les accou chements laborieux qui se présentent dans la classe pauvre éléments d'instruction, qui, sans cela, seraient perdus.

Il suffit, en effet, de savoir combien sont relativement peu fré quents les cas de dystocie, et surtout combien sont rares ceux auxquels assistent les étudiants, pour appécier l'utilité d'une telle organisation. L'assistant appelé en ville pour un cas de c genre emmène avec lui, à tour de rôle, un ou plusieurs des étu diants inscrits, souvent même, il les fait opérer sous ses yeux.

Le D[r] Huter, assistant de la polyclinique obstétricale de Stras bourg, avec qui j'allais un jour visiter une femme venant d'avor ter, me disait que sur 130 accouchements environ qu'il fait par

année, plus de la moitié sont des cas de dystocie ; ce fait s'explique aisément, puisque les sages-femmes n'envoient ordinairement chercher du secours que lorsque l'accouchement n'est pas régulier.

II. — *De l'accouchement sur le côté.*

L'accouchement sur le côté, connu sous le nom d'accouchement à l'anglaise, parce que c'est ainsi qu'on accouche les femmes en Angleterre, est pratiqué dans la plupart des maternités de la Suisse et de l'Allemagne, mais seulement chez les primipares. Les multipares sont accouchées sur le dos comme eu France, parce que la souplesse des organes génitaux externes les garantit davantage contre les déchirures perinéales.

En effet, le principal avantage de cette méthode, c'est de rendre beaucoup moins fréquentes chez les primipares les déchirures du périnée, on surveille très bien la distension progressive de celui-ci et de la vulve, et, par conséquent, on juge mieux de la résistance que la main doit opposer ; de plus, l'accoucheur est mieux placé pour rendre cette résistance efficace.

Je n'exagère pas en disant qu'en France, près de la moitié des primipares ont des déchirures plus ou moins grandes du périnée. A la maternité de Vienne, au contraire, où il se fait par année plus de 9,000 accouchements, la proportion de ces déchirures chez les primipares est de 6 p. 100 ; elle est de 10 p. 100 si l'on considère comme déchirures, les débridements faits au bistouri boutonné.

Cependant, pour obtenir de tels résultats je dois dire qu'il ne suffit pas, au moment de la sortie de l'enfant, de faire coucher la femme sur le côté, et de soutenir plus ou moins bien la région périnéale ; il y a encore une certaine pratique à acquérir. Grâce à l'obligeance du professeur C. Braun et de ses deux assistants, les Drs Pawlik et Welponner, j'ai passé trois nuits à la maternité de Vienne, et j'ai fait moi-même, avec l'aide, je dirais volontiers, sous la direction des sages-femmes de service, lesquelles

sont très expérimentées sur ce point, *vingt et un* accouchements sur le côté.

Voici, en quelques mots, le manuel opératoire. Quand la tête est à la vulve, on fait coucher la femme sur le côté gauche, la jambe droite étant relevée et soutenue par un aide. L'accoucheur placé à droite de la parturiente, passe sa main gauche entre les cuisses de la femme et la porte en arrière, de manière à appliquer sa face palmaire sur la tête de l'enfant. De la main droite il soutient le périnée, mais cette résistance qu'il lui oppose ne doit pas être passive. Il doit, au contraire, au moment de chaque douleur, *presser* énergiquement sur la région sacro-coccygienne, et *refouler* en avant, sur la tête de l'enfant, le plus de téguments possible. Pendant ce temps, la main gauche retient solidement la tête à la vulve et s'oppose à sa sortie *sous l'influence des contractions utérines*. Dans l'intervalle des douleurs la tête rentre pour reparaître bientôt. Ce mouvement forcé de va-et-vient, auquel la tête est soumise, a pour effet de distendre peu à peu et d'assouplir l'orifice vulvaire. Enfin, la tête sort et se défléchit. Il faut, je le répète, éviter soigneusement que cette expulsion ait lieu au moment où la femme pousse, et ne la laisser se produire que lorsque la douleur a presque disparu. De plus, on doit soutenir le périnée jusqu'à la fin, car le dégagement des épaules est ordinairement plus funeste à la fourchette périnéale, que la sortie de la tête.

Depuis mon retour à Lyon, j'accouche ainsi les primipares à la clinique de la Charité, et M. le professeur Bouchacourt recommande instamment dans ses cours, cette méthode aux élèves.

III. — *Des lits de paille dans les maternités.*

Un grand nombre de maternités de la Suisse et de l'Allemagne (Berne, Zurich, Dresde, Berlin Strasbourg, etc.) possèdent des lits de paille, qui, renouvelés à la sortie de chaque femme, semblent devoir mettre les parturientes à l'abri de la contagion

des accidents puerpéraux, et constituer de la sorte une mesure d'hygiène excellente. La paille est ensuite vendue ou brûlée.

Ce système de lits de paille ne me paraît pas offrir des avantages bien sérieux, et je crois, au point de vue prophylactique, que la profusion du linge propre et des alèzes de caoutchouc placées sous les draps du lit de douleurs, sont dans l'immense majorité des cas, des précautions suffisantes.

IV. — *Du degré d'instruction des élèves sages-femmes. et des étudiants en médecine à l'étranger.*

Elèves sages-femmes. — L'enseignement que l'on donne aux élèves sages-femmes est le même en Suisse, en Autriche et en Allemagne ; en Italie il se rapprocherait plutôt du nôtre par la durée des études, qui y est de neuf mois environ. Partout les élèves sont internées et, comme chez nous, attachées à une maternité. Un professeur ordinaire ou extraordinaire, secondé par un assistant, leur fait un cours quatre ou cinq fois par semaine.

Durant mes voyages je me suis appliqué à recueillir sur ce sujet le plus de matériaux possible. J'ai relevé dans chaque université le nombre des élèves inscrites, celui des heures de leçon, le chiffre moyen des accouchements faits par une élève, etc.; mais, ce qui m'a le plus vivement frappé dès le début, c'est la courte durée des études que l'on exige d'elles en Allemagne, et conséquemment, l'infériorité de leur instruction, comparée à celle que reçoivent en France nos élèves sages-femmes.

Tandis que dans nos maternités, à Paris et à Lyon, par exemple, les élèves sages-femmes mettent deux années entières avant de subir l'examen qui doit leur conférer le brevet, examen auquel il n'est même pas rare de les voir échouer, au delà du Rhin, au contraire, il suffit en moyenne de quatre mois, à des femmes ignorantes, sachant à peine lire et écrire, pour obtenir le diplôme d'accoucheuse.

A Munich il ne se fait qu'un seul cours par année pour les élèves sages-femmes. Ce cours commence au mois d'août et finit le 1er décembre. J'étais à cette époque dans cette ville : sur 70 élèves ayant suivi le cours, 70 ont été reçues à l'examen. La plupart étaient des paysannes de 25 à 35 ans. Une fois cet examen passé, elles ont le droit d'aller pratiquer dans toute l'Allemagne. Chaque année, ou tous les deux ans, elles subiront devant le médecin du canton une épreuve moitié écrite, moitié orale, du reste sans importance. Les élèves sages-femmes qui s'inscrivent trop tard pour pouvoir loger à la maternité, doivent habiter tout près, afin qu'on puisse les appeler pour les accouchements. Quand un accouchement survient, la sage-femme ou l'une de ses sous-maîtresses y assiste avec trois élèves; l'une de celles-ci fait l'accouchement et les deux autres sont spectatrices. Chaque élève, pour obtenir le diplôme, doit avoir fait *quatre* accouchements et assisté à deux. A Lyon, nos élèves sages-femmes ont fait chacune plus de *cent* accouchements lorsqu'elles subissent leur examen.

A Berne, la cinquième partie du canton (Jura bernois) parlant français, le cours est fait en français tous les cinq ans. A Bâle, le cours dure cinq mois. A Zurich, il en dure six. La sage-femme chargée de l'instruction des élèves, prend avec elle trois de celles-ci pour assister à chaque accouchement, et, comme il y a 24 élèves pour les 120 accouchements du semestre, chaque élève ne voit ou ne fait en tout que cinq accouchements avant de pratiquer. Son instruction est donc insuffisante; il en est de même dans toute la Suisse.

A Prague, c'est le professeur Weber, directeur de la maternité, qui enseigne les élèves sages-femmes. Son cours dure quatre mois. Il le fait trois fois par année, deux fois dans la langue allemande, une fois dans la langue tchèque. Une maison voisine de la maternité est louée par les élèves, qui y logent toutes, moyennant 5 florins (10 fr.) pour la durée du cours. Tous les six ou huit jours elles sont de service dans les salles et y passent une nuit. Chaque cours est suivi par 80 à 90 élèves. Or, il se fait annuellement mille accouchements dans le service du profes-

seur Weber; une élève n'en voit donc que trois ou quatre environ, mais ce nombre n'est même pas exigé pour l'obtention du brevet, qui confère le droit de pratiquer sur tout le territoire de l'empire autrichien (1).

La durée du cours est de cinq mois à Berlin, Leipzig, Fribourg en Brisgau; de quatre à Heidelberg, et il faut arriver à Strasbourg pour retrouver des études déjà plus sérieuses. Dans cette ville le cours dure neuf à dix mois. Le professeur Aubenas, qui en est chargé, me disait qu'à leur arrivée à l'université de Strasbourg, les professeurs allemands avaient été surpris du développement relatif donné à l'instruction des élèves sages-femmes.

Etudiants en médecine. — Je viens de constater qu'en Allemagne les élèves sages-femmes reçoivent une instruction de beaucoup inférieure à celle qui leur est donnée en France. Il n'en est pas de même pour les étudiants en médecine. Ceux-ci, et je le déclare à regret, sont au contraire plus familiarisés que chez nous, avec la pratique des accouchements. Rien, du reste, d'étonnant à cela.

Tandis qu'à l'étranger on met à la dispositition des futurs docteurs la plus grosse part des éléments d'instruction que l'on possède, — et c'est justice, puisque ce sont eux qui auront plus tard à intervenir dans les cas difficiles, — en France, laissant subsister une coutume regrettable, nous donnons aux élèves sages-femmes, au détriment des étudiants en médecine, la plus grande partie des ressources de nos maternités.

A Paris, par exemple, il se fait annuellement à la Maternité 1,200 accouchements dont les élèves sages-femmes seules profitent, tandis qu'à la Clinique, qui est ouverte aux étudiants, il ne s'en fait que 900. A Lyon, on peut en compter 220 à 250 pour les étudiants et 800 pour les futures sages-femmes.

---

(1) Une coutume bien en rapport avec l'origine slave de ces populations m'a frappé en visitant la maternité de Prague. Le professeur Weber était à tout moment arrêté dans les corridors par les élèves sages-femmes, qui lui prenaient la main pour la baiser, en signe de respectueuse soumission.

Que l'on rapproche maintenant ces chiffres des suivants : à Vienne, sur 9,000 accouchements, il y en a 6,000 pour l'instruction des étudiants; à Prague, 2,000 sur 3,000; à Strasbourg, sur 650 (services réunis des professeurs Freund et Aubenas et polyclinique), il y en a 450 et 500(1). Dans d'autres villes, Leipzig, Munich, Berne, Zurich, etc., les maternités sont communes aux étudiants et aux élèves sages-femmes, mais le service de la polyclinique est réservé exclusivement aux premiers, ce qui est pour eux un avantage considérable. A Leipzig, par exemple, pendant qu'il se fait annuellement à la maternité 250 accouchements, il s'en fait près de 400 à la polyclinique; à Halle, la polyclinique atteint 258 à 300, et celui de la maternité seulement 150. Toutefois, cette proportion est loin d'être la même partout. Dans quelques villes, le mouvement de la polyclinique n'égale que la moitié, ou seulement même le tiers, de celui de la maternité. Ajoutons enfin à cela, qu'il y a dans les polycliniques, une bien plus grande proportion de cas de dystocie.

J'ai montré plus haut qu'à Londres également on favorisait plus l'instruction des jeunes médecins que celle des élèves sages-femmes. Celles-ci en effet sont internées dans deux ou trois maternités, du reste peu considérables, et l'immense majorité des accouchements sont faits à domicile par les étudiants, sous la direction du résident accoucheur de l'hôpital le plus voisin.

Toutefois, il est une autre raison de la supériorité des étudiants étrangers en matière d'accouchement que celle du plus grand matériel mis à leur disposition ; je veux parler de la méthode d'enseignement adoptée aujourd'hui dans toute l'Allemagne, en Autriche et en Suisse.

On sait qu'en Allemagne tous les cours sont payés, je dirais presque tarifés : en moyenne, 40 à 50 francs par semestre. L'élève, en allant s'inscrire chez le professeur, reçoit un nu-

(1) A Berlin, on construit actuellement dans l'Altstadt une nouvelle clinique obstétricale, beaucoup plus importante que celle de Dorothenstrasse, jusqu'ici réservée aux étudiants.

méro, car dans la plupart des cliniques les places sont numérotées comme les fauteuils au théâtre. Ce système, malgré son cachet de mercantilisme, qui nous heurte à cause de nos habitudes françaises, a pourtant un bon côté. L'élève, obligé de payer son cours, le suit mieux: c'est là, d'après ce que j'ai vu, un fait incontestable.

Mais, cette remarque générale à part, y a-t-il donc en Allemagne quelque chose de particulier dans l'enseignement de l'obstétrique ? Oui, les élèves sont plus que chez nous initiés à la *pratique* des accouchements et aux opérations de la dystocie. Le professeur fait généralement deux cours : l'un théorique pour les commençants, c'est le cours des *auscultants ;* l'autre, pour les élèves plus avancés, comprend les opérations sur le mannequin ou sur le cadavre, l'auscultation et le toucher des femmes enceintes, en un mot la clinique : c'est le cours des *pratiquants*. J'ai assisté aux cours du professeur Hecker, à Munich; les 45 étudiants inscrits étaient tous présents. Il y avait plusieurs mannequins et chaque élève répétait lui-même l'opération faite par le professeur (1).

La plupart des assistants font aussi des cours ou, mieux, donnent des répétitions d'exercices pratiques.

A Vienne, j'ai vu C. Braun, à un examen de doctorat, faisant faire aux candidats, sur le mannequin et sur de vrais fœtus, des applications de forceps, des versions et la crâniotomie. J'ai assisté à Pragues à un examen semblable. Eh bien, en France, combien d'étudiants seraient embarrassés, si au cinquième examen de doctorat on leur demandait d'en faire autant ! Et pourtant, quelques jours après cette épreuve, ces jeunes docteurs seront appelés à pratiquer ces mêmes opérations, non plus sur le mannequin, mais bien sur des personnes pleines de vie.

---

(1) Détail original, tout près de moi était assis sur les bancs, le jeune prince Ferdinand Witelsbach, de la famille régnante de Bavière, qui étudie la médecine et suit très assidûment le cours d'obstétrique.

§ 2. — Observations générales sur la gynécologie.

I. — *De l'enseignement de la gynécologie à l'étranger.*

On donne à l'étranger une grande importance à l'étude de la gynécologie. Cet enseignement est mis en Angleterre, en Suisse, en Autriche et en Allemagne sur le même pied que l'art des accouchements. Il y a même dans beaucoup d'universités, pour l'obtention du grade équivalent à celui de docteur, un examen portant spécialement sur ces matières.

Le même professeur est généralement chargé à la fois de l'obstétrique et de la gynécologie. Le professeur anglais n'a, à l'hôpital, qu'un service de maladies de femmes, auquel est quelquefois annexée une salle d'enfants ; nous avons vu plus haut qu'en Angleterre les accouchements se faisaient à domicile. En Suisse et dans les pays d'outre Rhin, on consacre ordinairement à ces maladies un étage entier, ou seulement quelques salles de la maternité.

Une chose qui m'a surpris tout d'abord, c'est le petit nombre de lits de chacun de ces services, d'où sont pourtant sortis tant de travaux remarquables. A Londres (1), par exemple, Playfair n'a que 12 lits à King's College Hospital; Mathœus Duncan, 18 à Bartholomew's Hospital ; Barnes, 12 à St-Georg's Hospital, etc. C. Braun en a 25 à Vienne; Breiski, 20 à Prague ; Schrœder, 28 à la Charité royale de Berlin ; Olshausen, 28 à Halle ; Müller, 20 à Berne, etc. On voit par ces chiffres qu'à Lyon, le service gynécologique de mon ancien maître, M. le professeur Laroyenne, qui contient 25 lits, n'a rien à envier à

(1) On sait qu'à Londres les malades de médecine et de chirurgie sont mêlés dans les salles ; aussi, chaque lit porte-t-il le nom du médecin ou du chirurgien traitant. Il n'y a de salles propres que pour la gynécologie et pour les maladies des yeux.

ceux de ces différentes villes. Il ne semble pas, de prime abord, que de telles cliniques puissent offrir de grandes ressources pour l'instruction, étant donné le chiffre peu élevé de malades qu'elles renferment; et, cependant, quand on parcourt ces services, où pas un cas n'est admis s'il n'est vraiment intéressant, on est bien vite convaincu du contraire. Du reste, indépendamment de ces services hospitaliers, il y a encore, comme chez nous, un système organisé de consultations gratuites, je veux parler de la *polyclinique*. C'est ordinairement un assistant, quelquefois même un professeur extraordinaire qui en est chargé.

La cathétérisme de l'utérus à l'aide de l'hystéromètre est incontestablement un des moyens les plus précieux d'investigation que nous possédions en gynécologie; je l'ai pratiqué moi-même un très grand nombre de fois à la Charité, étant alors interne de M. Laroyenne, et jamais je n'ai provoqué le moindre accident. Cependant, j'ai vu des patriciens français considérer cette petite opération comme n'étant pas sans danger, et qui, pour ce motif, ne la font que rarement et toujours avec la plus grande circonspection. Désirant fixer mon opinion sur ce point, j'ai interrogé tous les gynécologistes étrangers que j'ai vus, et tous ont été unanimes à me répondre que le cathétérisme de l'utérus, fait par une main prudente et expérimentée, est sans inconvénient pour les malades. Playfair, à qui je posais cette question à l'hôpital, me répondit que dans la matinée, il avait déjà cathétérisé six ou sept personnes de sa clientèle.

En Angleterre, tout examen ou opération portant sur les voies génitales de la femme, est faite, celle-ci étant couchée sur le côté gauche, la cuisse droite à demi fléchie sur le bassin. Les femmes ont une pudeur extrême, qui contraste assez avec ce que nous voyons d'habitude sur le continent. Pour les examiner dans les salles, on déploie un paravent autour du lit de la malade, le chirurgien se met à genoux, car les lits sont peu élevés, et il touche à couvert.

De toutes les remarques générales que j'ai pu faire concernant la gynécologie, celle qui m'a certainement le plus frappé

est la suivante : l'étude de la gynécologie est poussée plus activement à l'étranger qu'en France ; on y produit plus de travaux, parce que depuis longtemps ; plus que chez nous, des hommes, souvent éminents se sont spécialisés dans cette branche de la chirurgie. Ainsi, à Lyon, c'est seulement depuis quelques années que les étudiants peuvent trouver dans un service particulier des éléments suffisants de travail et d'instruction.

II. — *Quelques réflexions à propos de l'ovariotomie.*

J'ai tenu, après ces remarques générales, à consigner ici séparément quelques-unes de mes notes sur l'une des opérations les plus graves de la gynécologie ; je veux parler de l'ovariotomie. Ce qui a trait au cancer du col et à quelques autres affections de l'appareil génital sera relaté dans le paragraphe suivant.

Ayant vu à l'étranger un certain nombre des hommes les plus compétents sur ce sujet, Barnes, Smith, Playfair, Spencer Wells, C. Braun, Schrœder, Kœberlé, etc., je raconterai ce que j'ai vu, ce que j'ai appris, car j'ai eu la bonne fortune d'assister à des opérations de la plupart d'entre eux.

Et d'abord à Londres.

Les chirurgiens anglais se conforment rigoureusement à la méthode antiseptique de Lister, lorsqu'ils font une ovariotomie. J'ai pu en juger par comparaison, en allant visiter le service de Lister lui-même, à King's College Hospital. Inutile dès lors de répéter ce que maintenant tout le monde sait en France, à savoir les soins extrêmes de propreté et de désinfection, que l'opérateur doit prendre pour lui et pour ses instruments. M. Aubert (Lyon méd., 1875) et M. Poncet (Id., 1880) nous ont suffisamment renseignés sur ce sujet. Je signalerai cependant la manière dont se font les pulvérisations d'eau phéniquée. Chez nous nous les faisons presque toujours d'une façon insuffisante : c'est un petit jet de vapeur, plus ou moins dirigé en

l'air, et qui ne parvient souvent même pas jusqu'aux parties intéressées. A Londres, au contraire, l'appareil chauffé à l'alcool, vomit constamment des torrents de vapeur qui, tombant directement sur l'aire opératoire, forment bientôt un brouillard épais qui remplit l'appartement. M. Poncet n'exagérait pas en comparant ce brouillard à celui des bords de la Tamise. Je me rappelle que, assistant un jour à une ovariotomie de Spencer Wells, on distinguait à peine la muraille à 3 mètres de distance.

Pour protéger les malades contre les vapeurs phéniquées, on se sert d'une grande toile blanche caoutchoutée, trouée au centre de manière à ne laisser sous les yeux de l'opérateur que l'abdomen à découvert. Le diamètre de cette ouverture est à peine le double de la longueur qu'aura l'incision. Son pourtour, enduit de diachylum phéniqué, adhère solidement à la peau, et circonscrit nettement le champ opératoire.

L'incision cutanée faite, l'opérateur ne procède plus que par très petits coups de bistouri, de manière à arrêter au fur et à mesure les hémorrhagies. En France, tout en cherchant à réaliser la même indication, bien souvent les coups du bistouri mesurent 3 et 4 centimètres, tandis qu'en Angleterre, ils ne dépassent guère 5 et 10 millimètres.

Les ligatures, soit du pédicule, soit du péritoine et de la paroi abdominale, sont faites avec des fils de soie phéniqué ; le catgut sert pour la ligature des vaisseaux.

Dans les hôpitaux, la femme est endormie à son lit, sous les yeux d'une ou deux personnes, et ensuite portée dans la salle d'opération ; on fait de même en ville. L'anesthésie est produite *brusquement*, car on ne laisse pas, comme en France, de l'air pur se mêler aux vapeurs d'éther ou de chloroforme.

Le nombre des aides est réduit le plus possible, surtout dans la clientèle privée. Le chirurgien n'en emmène ordinairement que deux avec lui : l'un, exclusivement chargé de l'anesthésie ; l'autre, devant prêter son concours dans les différents temps de l'opération. Spencer Wells et Thornton m'ont fait l'honneur de m'admettre à des ovariotomies pratiquées en ville ;

j'ai donc pu, tout à mon aise, voir avec quelle extrême simplicité d'appareil ils font cette opération. Le lit sur lequel repose la malade est une table étroite, allongée, de moyenne hauteur, et recouverte d'un matelas. La femme est couchée sur le dos, les bras immobilisés le long du corps, et les membres inférieurs étendus et fixés par des courroies. Smith, que j'ai vu opérer à Bartholomew's Hospital, avait tiré la malade vers le pied du lit, et s'était placé entre ses membres inférieurs.

L'opérateur est debout à droite du lit, les manches de chemise retroussées au-dessous des coudes, et protégé des pieds à la tête par un grand tablier de caoutchouc. A sa portée se trouvent des baquets remplis d'une solution phéniquée où plongent les instruments, et d'autres dans lesquels il se nettoie rapidement les mains, lorsqu'elles sont par trop souillées de sang. Un pulvérisateur à vapeur est installé tout près de là. Deux domestiques ou gardes-malades font le service des éponges. L'aide préposé à l'anesthésie ne quitte pas le chevet de la malade; il surveille uniquement la figure et les mouvements respiratoires de la poitrine, sans s'inquiéter de l'état du pouls.

L'autre aide a un rôle plus actif: placé à gauche du lit, il éponge constamment la main de l'opérateur, la plaie et la surface nue de l'abdomen; il fait les ligatures qui lui sont présentées et suit attentivement tous les détails de l'opération.

Tels sont en quelques mots les traits saillants d'une ovariotomie pratiquée à Londres.

Spencer Wells, dont le nombre d'opérées dépasse depuis longtemps, comme on le sait, le chiffre de 1,000, prend des soins scrupuleux pour éviter toute espèce d'infection. En clientèle, par exemple, il quitte son habit et fait quitter celui de ses aides, avant d'entrer dans la chambre de la malade. A Samaritan Hospital, son petit hôpital que j'ai visité, mais où il n'opère plus depuis un an, il y avait à la porte un registre, sur lequel chaque médecin désirant assister à une ovariotomie, était tenu de déclarer que, depuis huit jours au moins, il n'avait pas fait d'autopsie, n'était pas allé à l'amphithéâtre, et n'avait vu aucune personne atteinte de maladie infectieuse.

L'éminent gynécologiste se sert du méthylène pour anesthésier ses malades. Selon lui, le sommeil que procure cet agent est tranquille jusqu'a la fin ; la figure reste bonne, et n'offre pas ces contractions et ces changements brusques de couleur, que l'on voit si souvent se produire, lorsqu'on endort à l'éther ou au chloroforme, suivant la méthode anglaise.

Pour réunir les parois abdominales, ce chirurgien fait toujours pénétrer l'aiguille de dedans en dehors, en commençant par le péritoine, qu'il n'omet jamais de saisir avec le reste. Quand je le vis, il abandonnait le pédicule dans la cavité de l'abdomen, car il recherchait alors la valeur de ce procédé.

Les gynécologistes allemands m'ont paru différer un peu des Anglais, dans la pratique de l'ovariotomie.

D'une manière générale, les Allemands suivent moins rigoureusement la méthode antiseptique de Lister ; je fais surtout allusion ici aux pulvérisations phéniquées. Ils procèdent, dans la laparotomie, par coups de bistouri, à la fois plus grands et plus profonds. Ils se préoccupent assez peu de donner à l'incision abdominale une étendue de 15, 20 centimètres et même davantage.

Koeberlé, à Strasbourg, ne suit pas la méthode de Lister. « Les soins de propreté, dit-il, lui suffisent. » La mortalité de ses opérées de l'année dernière n'a été que de 9 p. 100 environ. Dans ces derniers temps cependant, il s'est servi de l'acide phénique, mais il trouve que la cicatrice abdominale est moins jolie, plus large, moins linéaire. De même, il a essayé d'abandonner le pédicule dans l'abdomen, mais, en général, il préfère le fixer dans la plaie. La dépression de la cicatrice, qui en est la conséquence, n'a rien de fâcheux, et il reste maître des hémorrhagies qui peuvent survenir. Dans la suture de la paroi abdominale, il saisit, comme on le sait, la couche fibreuse et la peau, mais non le péritoine dont les bords, selon lui, s'affrontent et se recollent spontanément. L'opération achevée, il se sert, pour soutenir les parois abdominales et les empêcher de tirailler la plaie, de petits rubans effilés à une extrémité, qu'il fixe directement à la peau au-dessus des crêtes iliaques, à l'aide de collo-

dion ; ces rubans sont ensuite noués deux à deux sur la ligne médiane.

A Halle, il y a un grand mouvement de malades dans le service de gynécologie. La nouvelle clinique, à mon passage, n'était ouverte que depuis huit mois, et déjà le professeur Olshausein était à sa trentième ovariotomie. Je ferai à ce propos une réflexion qui vient sans doute à l'esprit de tout le monde et que, du reste, j'ai eu l'occasion de faire plusieurs fois en Allemagne : c'est qu'en France, dans des villes beaucoup plus populeuses que celle dont il s'agit (Halle n'a que 50,000 habitants), on rencontre bien moins de kystes de l'ovaire. Comment expliquer ce fait ? Serait-ce que cette maladie est moins fréquente chez nous ?

J'ai assisté, à l'Allgemeinenkrankenhaus de Vienne, à une ovariotomie excessivement laborieuse, faite par C. Braun. Il s'agissait d'un kyste volumineux de l'ovaire, avec adhérences. On pulvérisait du thymol, les vapeurs d'acide phénique fatiguant l'opérateur, mais les instrumentsé taient plongés dans une solution phéniquée. Il y avait six à huit aides pour l'anesthésie (chloroforme), les instruments, les éponges, les ligatures, etc. La malade, comme en Angleterre, était recouverte d'une grande toile blanche caoutchoutée, ne laissant que l'abdomen à découvert. En décollant le kyste, l'intestin se déchira, et l'on dut pratiquer sur ce dernier un certain nombre de ligatures au fil de soie. Il sortit de la poche kystique une grande quantité d'hydatides, après quoi l'opérateur plaça le clamp. Le pédicule fut sectionné au thermo-cautère Pacquelin, et les ligatures faites avec des fils de soie. On découvrit à ce moment, à la surface de l'utérus, des tumeurs fibreuses, de volume variable (mandarines, pommes), plus ou moins sessiles, dont quelques-unes s'énucléèrent assez facilement. Ne pouvant toutes les enlever, C. Braun pratiqua l'hystérotomie avec l'écraseur de Cintrac, un peu au-dessous du tiers moyen de l'organe ; mais au moment de refermer définitivement l'abdomen, il découvrit encore un kyste de l'autre ovaire (droit), du volume d'une orange. Le pédicule de ce dernier fut aussi amputé au

thermo-cautère. L'opérateur fit la suture de l'abdomen avec huit fils de soie, comprenant à la fois le péritoine et la paroi abdominale ; puis il en plaça huit autres intermédiaires, ne comprenant que la peau. Deux drains, plongeant dans la cavité péritonéale, avaient été coupés au niveau de la plaie, et fixés à l'aide d'épingles anglaises. On fit un pansement de Lister. La malade succomba le surlendemain.

De tous les gynécologistes allemands que j'ai vu opérer, Schrœder est celui qui se rapproche le plus, par sa manière de faire, du grand ovariotomiste anglais. Il semble, en effet, copier Spencer Wells sur la plupart des points. De même que ce dernier, il ne prend avec lui que deux aides : l'un chargé de l'anesthésie (chloroforme), l'autre préposé aux ligatures et aux soins multiples indiqués plus haut. Deux infirmières nettoient les éponges. Les instruments sont à proximité, sur une petite table, et il les prend lui-même dans la solution phéniquée. Il suit également avec la plus grande rigueur les préceptes de Lister, soit pendant, soit après l'opération. Je lui ai vu pratiquer quatre ovariotomies. Dans toutes, il a ouvert la poche au bistouri, sans se servir du trocart ; il n'a pas non plus fait usage du clamp. Jamais il ne se sert du catgut, qui, selon lui, se dénoue trop facilement (1). Ses ligatures sont toutes faites au fil de soie, et il ne craint pas d'en laisser vingt, trente perdues dans la cavité péritonéale. Ses malades ne sont pas protégées par la grande toile caoutchoutée dont j'ai parlé plus haut. Avant de donner le premier coup de bistouri, il lave fortement avec une éponge la paroi abdominale et surtout la région du pubis. Enfin, lorsque par la palpation et le toucher vaginal, il a reconnu que l'autre ovaire était sain, il ne va pas à sa recherche pendant l'opération.

(1) J'ai eu moi-même l'occasion de signaler cet inconvénient du catgut, à propos d'un cas d'opération césarienne, dans les notes que j'ai publiées, il y a deux ans, sous le titre de *Revue de la clinique gynécologique de la Faculté de Lyon*, 1878.



Sur les quatre opérations dont j'ai été témoin, trois méritent d'être rapportées dans leurs traits principaux.

1er cas. — Il s'agissait d'une jeune fille qui souffrait depuis trois ans, et que Schrœder avait vainement soignée à la clinique. Le savant gynécologiste croyant être en présence d'un fibro-myome de l'utérus, se refusait à l'opérer; cependant, pressé par la malade, il céda. L'abdomen ouvert, il reconnut qu'il avait affaire à un kyste de l'ovaire droit, du volume du poing, et sur lequel la trompe utérine adhérait solidement. Celle-ci, formant, pour ainsi dire, le pédicule de la tumeur, fut amputée presque tout entière. Le kyste ainsi enlevé et recouvert de la trompe, ressemblait assez à un énorme testicule coiffé de son épididyme. On découvrit alors qu'il y avait non seulement adhérence, mais encore communication entre ces deux organes. En effet, lorsqu' on pressait sur le kyste, le liquide sortait en un jet fin par l'orifice de section de la trompe.

2e cas. — Fort intéressant, puisqu'il s'agit d'un kyste du ligament large droit, *diagnostiqué*. La petite tumeur ovoïde que l'on sentait rouler sur le kyste, était bien l'ovaire. L'opération fut des plus simples. On respecta l'ovaire. La poche, uniloculaire, du volume d'une tête d'adulte, renfermait un liquide incolore, séreux ; elle était sans adhérences.

3e cas. — Ovariotomie pratiquée sur une femme accouchée à terme un mois auparavant. L'assistant, que l'on avait appelé au moment des douleurs pour une grossesse gémellaire, avait reconnu le kyste. Une large incision au bistouri fait sortir de la poche des flots d'un liquide noir (15 litres environ).

Schrœder me dit à propos de cette malade, que sur 6 ovariotomies pratiquées durant la grossesse, il a obtenu 6 guérisons. Il n'a dû enregistrer qu'un seul avortement et un accouchement prématuré (femme opérée à huit mois).

Un mois avant mon passage à Berlin, il avait enlevé par la laparotomie, sur une petite femme chétive, enceinte de quatre ou cinq mois, une *tumeur fibreuse de l'utérus*, du volume d'une tête d'adulte, et deux autres plus petites (volume d'une pomme). Toutes ces tumeurs étaient très ramollies. Le pédicule de la première, ayant un diamètre de deux ou trois doigts, avait été lié par transfixion. La malade avait très bien supporté l'opération, et lorsque Schrœder m'en parlait, elle avait une santé florissante, et sa grossesse continuait à être normale.

§ 3 — Observations particulières obstétricales et gynécologiques.

Je viens d'exposer dans deux paragraphes successifs, quelques remarques générales sur la manière dont sont pratiquées et enseignées l'obstétrique et la gynécologie dans les pays que j'ai visités. Il me reste maintenant à rapporter les faits particuliers dont j'ai été témoin, ceux-ci intéressant souvent plus le praticien, que les notions générales les plus complètes. Je ne relaterai toutefois que les plus importants, en passant rapidement en revue ces différentes universités.

LONDRES. — Il résulte de ce qui a été dit plus haut (absence de maternités, assistance à domicile), que Londres est une ville intéressante surtout pour le gynécologiste.

J'ai vu dans le service de Playfair, à King's College hospital, un cas fort curieux, montrant jusqu'où peut aller quelquefois le traumatisme chez une femme grosse, sans pourtant provoquer l'avortement. Il s'agissait d'une femme de 30 ans environ, mariée depuis huit ans, et n'ayant eu ni enfants, ni fausses couches. Ses règles ayant disparu depuis trois mois, elle était venue consulter Playfair. Celui-ci, trouvant une tumeur dans le cul-de-sac vaginal postérieur, et ne voyant pas le col basculer en avant et en haut, derrière la symphyse, ce qui a lieu, on le sait, lorsqu'un utérus gravide est rétroversé, pensa à une grossesse

intra-péritonéale. Il pratiqua alors le cathétérisme utérin avec une sonde en gomme, qui, se repliant en arrière, sembla pénétrer dans la tumeur. La femme perdit un peu de sang à la suite de cette manœuvre, ainsi que des débris membraneux que Playfair n'hésita pas à reconnaître comme provenant de la caduque. Ces lambeaux, qu'il me montra, avaient en effet tous les caractères que l'on décrit à cette enveloppe de l'œuf. Ils étaient cruentés sur l'une de leurs faces et présentaient une certaine épaisseur. L'un d'eux (il y en avait trois ou quatre) mesurait 3 centimètres de diamètre. L'opérateur se trouvait donc en présence d'un utérus gravide, en rétroflexion simple sans rétroversion. La malade fut endormie, et son utérus redressé. Je la vis quelque temps après : elle allait bien et sa grossesse suivait son cours. L'éminent professeur me dit à ce sujet, qu'il lui était déjà arrivé deux fois de cathétériser des femmes enceintes de deux ou trois mois, sans provoquer aucun accident.

Barnes pratique fréquemment l'opération de Marion Sims ; je la lui ai vu faire deux fois le même jour, à Saint-George's hospital. L'une de ces opérées était une personne encore jeune, dont l'orifice cervical, en apparence rétréci, semblait empêcher l'écoulement des glaires utérines. Cette femme avait eu des enfants de son premier mari, et ne pouvait, disait-elle, en avoir du second. Sur cette indication, le savant gynécologiste sectionna le col pour laisser un plus libre accès aux spermatozoïdes. En France, nous aurions peut-être recherché, avant d'en venir là, si le mari n'était pas lui-même cause de cette stérilité.

Le musée du Collège royal des chirurgiens de Londres est certainement un des musées les plus intéressants et les plus complets, non seulement au point de vue de la chirurgie générale, mais encore au point de vue obstétrical et gynécologique. Ce serait dépasser les limites de ce travail, que de vouloir étaler ici la richesse de ses collections (1).

(1) A chaque hôpital de Londres est annexée une école de médecine. Toutes

BERNE. — Depuis quelques années, le professeur Müller traite ses malades atteintes de fièvres puerpérales par les irrigations intra-utérines et les bains frais ou froids ; deux bains par jour.

Dans son service de gynécologie, j'ai surtout noté les deux faits suivants :

OBSERVATION I. — *Troubles dysménorrhéiques, castration ; retour des mêmes accidents et des règles.* — X..., 26 ans, réglée à 16 ans, mariée à 21 ; a eu un enfant et deux fausses couches. Ses règles, très profuses, duraient huit jours, s'accompagnant toujours, aux reins et à l'hypogastre, de douleurs qui avaient redoublé depuis un an. En même temps elle présentait un cortège de symptômes hystériques des plus manifestes et des plus rebelles : vomissements, sensation de boule remontant à la gorge, étouffements, névralgies, etc. Pour faire disparaitre ces phénomènes, Müller avait pratiqué, le 1er mai 1879, la castration des deux ovaires ; la malade guérit en trois semaines. A l'époque où je la vis (21 novembre), ses règles revenaient comme ci-devant ; elle les avaient eues quatre fois depuis l'opération. De même, tous les symptômes hystériques avaient persisté aussi forts qu'auparavant.

OBS. II. — *Enorme prolapsus utérin ; laparotomie suivie de l'amputation de la partie supérieure de l'utérus et de la fixation*

---

ces écoles sont indépendantes les unes des autres. La plus importante est celle de Bartholomew's hospital.

L'école de Guy's Hospital possède un musée pathologique excessivement riche en affections cutanées et vénériennes (pièces en cire), cette richesse tenant probablement, en partie du moins, à ce que l'administration de Londres n'exerce aucune espèce de surveillance et n'a pas de police des mœurs. — Les étudiants anglais sont moins bien partagés, au point de vue des dissections, que les étudiants parisiens, et surtout que les étudiants lyonnais. Un cadavre injecté coûte 5 à 6 livres sterling (125 à 150 fr.) ; c'est tout au plus si chaque table en reçoit deux durant tout le semestre d'hiver, le seul consacré comme chez nous, à ce genre d'études.

du moignon dans la plaie abdominale ; récidive. — Z..., 38 ans, réglée à 18 ans ; n'a eu qu'un seul accouchement, à 21 ans. Le prolapsus utérin a commencé pendant sa grossesse, s'est accusé rapidement (volume du poing), et n'a cessé de croître depuis lors. A son entrée à la maternité (octobre 1878), on constatait, en outre, une cystocèle. Le cathétérisme de l'utérus donnait 12 centimètres, et près de 14 le mois suivant. Müller fit alors (décembre 1878) une colpopérinéorrhaphie suivant la méthode de Bischoff, opération qui fut sans résultat. Le 16 juin 1879, il ouvrit l'abdomen en faisant sur la ligne blanche une incision de 4 à 5 centimètres ; une sonde introduite dans l'utérus porta cet organe jusque dans la plaie. Le clamp fut appliqué, et l'on amputa les deux tiers supérieurs du muscle utérin, en ne laissant, pour ainsi dire, que la portion vaginale, qui fut fixée dans la plaie. L'opérateur extirpa en même temps l'ovaire gauche, sur lequel se développaient de petits kystes. Pansement de Lister. Le 25 du même mois, le clamp fut enlevé. La malade se leva pour la première fois le 16 juillet. A mon passage à Berne (novembre), ses règles étaient revenues deux fois, sous forme d'un suintement sanguin, par la vulve et par la cicatrice abdominale. Celle-ci était *très profondément* déprimée, ou plutôt, elle se trouvait au fond d'un infundibulum étroit, formé par les parois de l'abdomen. Le prolapsus utérin s'était reproduit à peu près comme auparavant. Le col dépassait la vulve de 7 centimètres environ ; ses lèvres étaient grosses, tuméfiées, et sa cavité laissait pénétrer la première phalange de l'index. Il y avait cystocèle. Le vagin était représenté par une sorte de rigole circulaire, étroite, mesurant 4 centimètres de profondeur.

ZURICH. — Le musée pathologique du professeur Frankenhauser, est une des choses qui m'ont le plus intéressé dans cette ville. Entre autres pièces remarquables, on y voit : 1° Un papilome double des ovaires, (opéré par Gusserow en 1868, et cité dans les archives de Virchow), qui était accompagné sur le vivant d'une ascite si considérable, qu'il y avait eu rupture, non seulement de la ligne blanche, mais encore de la paroi abdomi-

nale. Ce cas, paraît-il, serait le seul de ce genre publié jusqu'ici. — 2° Un utérus bicorne, dans lequel un œuf s'était développé. La corne fécondée était petite et sans communication avec sa voisine. Il n'y avait qu'un seul vagin. La transmigration des spermatozoïdes, par conséquent, avait dû être externe. La corne avait éclaté au troisième mois ; de là, péritonite mortelle. — 3° Un autre utérus à peu près semblable, dans lequel l'une des cornes, ne communiquant ni directement ni indirectement avec le vagin, était cause du reflux d'une partie des menstrues dans la trompe de Fallope de son côté. Le sang s'y collecta comme dans une poche, et les parois, à force de se laisser distendre, se rompirent; de là la mort. — 4° Un énorme fibrome pédiculé, implanté à la surface de l'utérus, enlevé par une large incision pratiquée sur la paroi abdominale ; mort trois semaine après. — 5° Le bassin cyphotique du professeur Breslau, sur lequel quatre ou cinq corps de vertèbres lombaires ont disparu, détruits par le mal de Pott. etc, etc.

MUNICH. — Cette ville, assez bien partagée au point de vue de l'installation obstétricale, n'a pas de service gynécologique. C'est la seule où j'aie rencontré cette lacune. Le professeur Hecker fait un cours *théorique* de gynécologie en été, et le Dr Amann, professeur extraordinaire, est chargé de la polyclinique.

Munich est une cité remarquable sous le rapport de l'hygiène, et cependant la mortalité y est plus grande qu'ailleurs. Cela tient, d'après le professeur Hecker, à ce que les enfants y meurent en plus grande proportion. On les nourrit en effet au biberon dès la sixième semaine, parce que les Bavaroises ont réellement peu de lait et ne sont que des nourrices insuffisantes.

VIENNE. (1) — L'Allgemeinenkrankenhaus renferme des

(1) A Vienne, comme d'ailleurs dans toute l'Allemagne, les étudiants ne sont pas admis dans les services des hôpitaux. Les malades choisis par le professeur

matériaux considérables pour l'instruction du médecin. Je n'en parlerai qu'au point de vue spécial qui m'intéresse.

La maternité, où se font 9,000 accouchements par année, comprend 600 lits, répartis également entre les professeurs Carl et Gustave Braun, et Speith; chacun d'eux possède aussi 20 à 25 lits de gynécologie. Ce sont en général de petites salles de 12 à 14 lits. On est loin de trouver ici le confortable que l'on rencontre dans les maternités modernes, à Halle, par exemple; il n'y a pas de berceaux; les accouchées gardent avec elles leur enfant. J'ai vu dans le service de Speith des lits réunis deux à deux, où trois femmes enceintes couchaient ensemble. Un fourneau sert à brûler les placentas: il en consume 6,000 kilogrammes par année.

Lorsqu'une femme veut faire adopter son enfant par l'admitration, il suffit qu'elle aille donner une partie de son lait, pendant trois ou quatre mois, à l'hôpital des Orphelins ; après quoi elle est absolument libre. Son enfant sera nourri au biberon et élevé jusqu'à l'âge de 10 ans, aux frais de l'Assistance publique. Voilà pour la grande maternité populaire de l'Allgemeinenkrankenhaus. Mais il existe à Vienne, une autre maternité plus petite (300 accouchements par année), confiée au Dr Ernest Braun et destinée aux personnes de la classe élevée. Ces personnes y entrent sans donner leur nom, et reçoivent simplement un numéro. Elle payent 2 ou 3 florins par jour (4 à 6 fr.), et, si elles ne veulent pas garder leur enfant, elles s'en déchargent complètement, moyennant la somme de 120 florins (240 fr.), versée entre les mains de l'administration. Cette somme est double si la personne n'est pas de Vienne. Cette formalité accomplie, la mère s'en va, et son enfant est enregistré comme citoyen viennois.

J'ai assisté à une conférence de C. Braun sur la valeur respective des différents spéculums actuellement employés. Le savant gynécologiste donne la préférence à celui de Simon (de

sont apportés à la salle de clinique, et là ils sont examinés par les élèves que le professeur interroge.

Heidelberg) pour les opérations du vagin et du col, mais, pour les examens quotidiens du fond du vagin, il préfère celui de Fergusson, modifié par lui (caoutchouc durci, sans le miroir de verre qui se brise).

Le professeur viennois traite la métrite fongueuse par le raclage, suivi de l'injection de quelques gouttes de perchlorure de fer.

Parmi les opérations que je lui ai vu pratiquer, celle qui m'a peut-être le plus vivement intéressé, est l'ablation d'un cancer du col avec ouverture du péritoine. M. le Dr Poullet, dans le récit d'un voyage qu'il a fait l'année dernière à Vienne, insiste déjà sur ce point, qui l'avait également frappé. Voici sommairement cette observation, que j'ai recueillie moi-même jour par jour.

X..., 43 ans présente un cancer du col (volume d'une grosse mandarine) sans adhérences au vagin. Anesthésie au chloroforme. La tumeur est sectionnée dans l'espace de deux minutes, au fil galvano-caustique. On s'aperçoit aussitôt que le péritoine a été largement ouvert, puisque son cul-de-sac rétro-utérin se voit sur la partie amputée ; il y forme même une dépression en doigt de gant, qui reçoit la moitié de la première phalange de l'index : le lambeau séreux constituant sa paroi postérieure, mesure au moins 3 centimètres 1/2, car il a été coupé très obliquement. — C. Braun ne s'émeut nullement de cet accident. Depuis qu'il ampute ainsi le col, il a ouvert plus de trente fois le péritoine sans jamais occasionner la mort. Une seule fois, me dit-il, il est survenu quelques jours après, une hémorrhagie, d'ailleurs sans conséquences fâcheuses. — On applique alors du coton sur l'hypogastre en comprimant fortement, car la malade fait des efforts pour vomir ; sur ce coton on place un bandage de corps très serré, prenant appui sur le bassin, et l'on enlève avec des tampons d'ouate le sang qui reste dans le vagin. Là se borne habituellement l'œuvre du chirurgien. Mais dans ce cas particulier, l'ouverture du péritoine étant réellement considérable, C. Braun redoute une hémorrhagie intra-péritonéale, et juge prudent de refermer

le cul-de-sac, en mettant dix ou douze sutures de fil de soie. Dans la soirée la température axillaire de la malade est de 37°.

Le lendemain matin, 4 décembre, T. 39°. La malade a très peu dormi ; langue humide, ventre non douloureux. Le soir, T. 38,3.

Le 5 décembre. T. m., 39,1. Langue humide, un peu saburrale ; aucune douleur abdominale. T. s., 37,8.

Le 6. T. m., 38° ; le soir, 37,6.

Le 7. T. m., 38,2; le soir, 38°. Odeur très fétide, due à des liquides qui s'écoulent par la vulve.

Le 8. T. m., 37,6 ; le soir, 38°.

Le 9. T. m., 37,6; le soir, 37, 6.

Le 10, T. m., 37,5; langue humide; pouls, 68 ; n'a présenté aucun phénomène abdominal. Elle a toujours sur le ventre le coton et le bandage de corps, mais ce dernier n'exerce plus aucune pression. Toujours beaucoup d'odeur, malgré deux irrigations vaginales phéniquées, pratiquées matin et soir. État général très satisfaisant ; la malade va bien. Les fils de la suture péritonéale seront enlevés dans deux ou trois jours.

Cette observation, paraît-il, peut être considérée comme type : c'est ainsi que les choses se passent en pareil cas.

Mais, ces opérées ne doivent pas être perdues de vue. Au bout d'un an et demi, deux ans, l'orifice cervical s'oblitère et disparaît par le fait de la cicatrisation. Il en résulte des troubles menstruels, qui ramènent habituellement ces personnes à l'hôpital. J'ai vu plusieurs cas de ce genre dans le service de C. Braun : l'une de ces femmes avait été opérée deux ans auparavant par ce chirurgien, pour un épithélium du col ; il n'y avait pas trace de récidive. Dès sa rentrée à l'hôpital on rétablit, par discision au bistouri, l'orifice oblitéré, et, lorsque je la vis, tout malaise avait disparu. Au toucher, l'utérus était fixe, la partie vaginale presque nulle, ridée et dure.

Chez une autre femme opérée à la même époque le péritoine avait été largement ouvert, et trois jours après (c'est le cas auquel

j'ai fait allusion plus haut), une énorme hémorrhagie intra-péritonéale et vaginale était survenue. On avait alors retiré tout ce sang par le vagin et suturé le cul-de-sac ; les fils furent enlevés le dixième jour et la malade guérit, Quand je la touchai, le vagin était peu profond et sa muqueuse fortement plissée. Il arrive assez souvent, paraît-il, que ces cancers ou ces épithéliums ne récidivent pas ; il existe même encore à Vienne deux femmes que C. Braun a opérées, l'une il y a vingt ans, l'autre il y en a dix-huit.

L'Institut pathologique de l'Allgemeinenkrankenhaus possède dans son musée une très riche collection de monstres humains.

Je signalerai, en terminant ce que j'ai à dire de Vienne, un cas observé dans le petit hôpital privé de Rokitanski. Une femme, porteur d'un ventre excessivement développé, avait été opérée par la laparatonie, ce chirurgien croyant à un kyste de l'ovaire. C'était une hydronéphrose. L'intestin avait été déchiré, et il en était resulté un anus contre nature, mais la malade était parfaitement guérie quant au reste.

PRAGUE. — Ici, comme à Vienne, la mère qui veut se débarrasser de son nourrisson, n'a qu'à aller pendant deux ou trois mois, en allaiter un second à l'hôpital des enfants ; le sien sera ensuite à la charge de l'administration jusqu'à l'âge de 6 ans ; autrefois, c'était jusqu'à 10. Telle est la raison de la proportion énorme des accouchements dans ces deux villes. Et cependant, m'a dit à ce propos. M. le professeur Weber, le directeur de la maternité cette proportion serait encore plus forte si les femmes étaient secourues comme chez nous, c'est-à-dire, si on leur donnait 20 francs par mois, pendant la première année, pour élever leur enfant.

A Linz et à Brünn (autres villes autrichiennes), où les femmes venant accoucher à la maternité ne reçoivent pas de secours de l'administration, il y a une proportion bien moindre dans le chiffre des naissances.

Il existe, à la maternité de Prague, des salles dites *du se-*

cret. Les personnes d'un rang élevé, intéressées à dissimuler une grossesse, y sont reçues sans être obligées de décliner ni leur nom, ni même leur nationalité.

Ce sont souvent, paraît-il, des Russes, des Allemandes, quelquefois même des Françaises. Les pensionnaires de première classe payent 2 florins (4 francs) par jour, et moyennant la somme de 200 florins, elles abandonnent définitivement leur enfant. Quelques-unes laissent en partant des plis cachetés entre les mains de l'administration.

Le professeur Breiski m'a montré les pièces provenant d'une opération de Porro, qu'il a pratiquée avec succès pour la mère et pour l'enfant. Suivant le conseil de Müller, il n'avait ouvert l'utérus qu'après l'avoir tiré au dehors par la plaie abdominale. J'ai vu dans son service de gynécologie, au Krankenhaus, un ulcère phagédénique disposé en couronne autour du museau de tanche. Cet ulcère, considéré par le professeur comme étant probablement un chancre syphilitique, formait une rigole assez profonde, anfractueuse et parfaitement circulaire, de telle sorte que l'ulcération gagnant en profondeur, menaçait de séparer l'extrémité du col de sa base.

Dresde. — Bien que cette ville ne possède pas d'université, elle a pourtant des hôpitaux et une maternité remarquables. Winckel, qui dirige cette dernière, a su attirer un certain nombre de jeunes docteurs, qui viennent, après leurs examens, compléter auprès de lui, leur instruction gynécologique et obstétricale. Dresde est la seule ville de l'Allemagne où existe une pareille institution (1). Les docteurs de toute nationalité sont admis à remplir dans cette maternité, pendant un temps indéfini, les fonctions d'interne: sur quinze docteurs que j'y ai vus, lors de mon passage, il y avait trois femmes docteurs, l'une russe l'autre autrichienne, et la troisième américaine. Tous ces docteurs reçoivent gratuitement le logement, le feu et la lumière ;

(1) Il y en a une semblable à Dublin.

ceux originaires de la Saxe reçoivent en outre 600 marks (700 francs) les deux premières années; mais un règlement tout récent a dû restreindre un peu ces avantages matériels.

Quand la fièvre se déclare après un accouchement, Winckel se hâte de cautériser les déchirures du col et de la vulve avec du perchlorure de fer pur, puis il pratique des irrigations phéniquées vaginales et utérines. Si la température dépasse 39°, il fait prendre à la malade des bains à 24° Réaumur et lui administre, le premier jour, de la digitale à dose massive (jusqu'à 3 grammes de feuilles en infusion), et les jours suivants, de la quinine.

L'éminent professeur possède une collection excessivement riche de pièces gynécologiques, qu'il a lui-même préparées; la plupart d'entre elles sont reproduites dans le bel ouvrage qu'il a publié sur la pathologie des organes génitaux (1).

J'ai vu, entre autres choses à son service, une femme parfaitement guérie d'un prolapsus utérin par l'opération de Bischoff.

BERLIN. — (2) Le professeur Schrœder fait très souvent (cinq ou six fois en moyenne par semaine), et toujours au couteau, l'amputation plus ou moins complète du col de l'utérus.

Il lui arrive quelquefois d'ouvrir le cul-de-sac postérieur, mais, de même que C. Braun, il ne s'en émeut pas et trouve cet accident sans gravité.

Dans certaines ulcérations rebelles du col, il enlève au bis-

---

(1) Die Pathologie der weiblichen Sexual organe. Leipzig, 1878.

(2) J'ai dit plus haut, à propos de l'ovariotomie, que Schrœder est le seul des chirurgiens allemands que j'ai vu opérer, qui suive réellement la méthode de Lister. J'ai assisté à des séances opératoires de Nusbaum, de Billeroth, de Langenbeck, etc.; partout il y avait quelque chose de défectueux. Langenbeck, par exemple, à Berlin, se servait bien, pour la résection d'une tête fémorale, d'instruments plongés dans une solution phéniquée, mais la pulvérisation était insuffisante, l'opérateur et ses aides avaient leurs vêtements ordinaires, sans tablier, ni manchettes, et le pansement se composait simplement de compresses phéniquées *humides* et de coton.

touri la muqueuse intéressée et fait affronter les bords de la plaie.

J'ai vu à la polyclinique du Dr Martin une blanchisseuse de 25 ans, qui souffrait depuis fort longtemps de troubles menstruels, et à qui il avait, trois mois auparavant, pratiqué l'ablation des deux ovaires. Ces troubles menstruels étaient revenus, durant huit jours, chaque fois, comme avant l'opération. Ce gynécologiste possède à Berlin, un petit hôpital de 20 lits. Sur 6 extirpations de rein (5 reins flottants, 1 tumeur du rein), il a eu 4 succès et 2 morts; encore l'une de ces dernières peut-elle être attribuée à l'imprudence d'un docteur américain, qui revenait de l'amphithéâtre.

Je ne dirai rien de particulier sur Leipzig, Halle, Francfort, Heidelberg, Bâle et Genève, car la plupart de mes observations sur ces différentes villes se rapportent principalement à des questions générales, et figurent déjà pour cette raison dans la première et la seconde partie de ce mémoire. De même pour Milan, Venise, Rome et Naples. Le professeur Pasquale, à Rome, m'a cependant montré à la maternité de Saint-Jean-de-Latran, quelques beaux types de bassin vicié, entre autres un bassin oblique ovalaire vraiment remarquable.

Je terminerai par quelques mots sur Fribourg en Brisgau et Strasbourg.

On sait que la castration de la femme est l'opération favorite du professeur Hégard, qui l'a déjà pratiquée plus de 44 fois (bilatérale), avec une mortalité de 10,6 0[0.

Ce que l'on sait peut-être moins bien, ce sont les indications précises qui commandent une telle opération. Je suis revenu de Fribourg parfaitement convaincu que l'on peut enlever à la femme ses deux ovaires sans lui faire courir de très grands dangers, mais j'avoue que je suis moins fixé sur les résultats que l'on doit en attendre. Voici cependant deux cas que m'a présentés M. le professeur Hégard.

Le premier concernait une personne de 45 à 50 ans, porteur d'un fibrôme utérin (du volume d'une tête de fœtus), et à qui il avait pour cette raison, cinq semaines auparavant, enlevé les

deux ovaires. Il avait fait ici une laparotomie double, tandis qu'il ne pratique ordinairement qu'une seule incision sur la ligne médiane. Les métrorrhagies abondantes auxquelles elle était presque constamment sujette avant l'opération n'avaient pas reparu.

Dans le second cas, il s'agissait d'une femme de 42 ans, opérée depuis trois ans, pour le même motif que la précédente. La tumeur fibreuse remontait, parait-il, avant l'opération, jusqu'à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic, tandis qu'au moment où je l'ai vue, elle avait considérablement diminué; c'est à peine si on la sentait encore. Quant aux pertes, elles avaient disparu.

Strasbourg. — Parmi les malades de Koeberlé, il en est une qui a plus particulièrement attiré mon attention; c'était une Parisienne, de 38 ans environ, opérée récemment d'un énorme fibrôme de la paroi antérieure de l'utérus. Depuis plusieurs années, cette personne souffrait beaucoup, surtout au moment des règles: c'est tout au plus, disait-elle, si les douleurs cessaient huit jourspar mois. Après deux ans d'expectation, Kœberlé s'était décidé à intervenir; mais vu les dimensions de la tumeur, il avait dû renoncer à l'extirper par les voies génitales. Il incisa donc la paroi abdominale jusqu'à 3 centimètres de l'appendice xiphoïde, pratiqua l'utérotomie, et, pour prévenir les troubles menstruels, enleva les deux ovaires. La tumeur mesurait 18 centimètres, sur 16. Cette personne parfaitement guérie, lorsque je l'ai vue, ne présentait plus aucun phénomène douloureux.

CONSIDÉRATIONS
SUR LE TRAITEMENT DES ULCÈRES DIATHÉSIQUES
DU COL DE L'UTÉRUS.

Par le Dr V. de Fourcauld.
Ancien interne à Saint-Lazare et à la Santé, etc.

I.

Malgré l'opinion de Robert Lee, les ulcérations du col de l'utérus sont beaucoup plus fréquentes qu'on le croit généralement. Quoiqu'un grand nombre d'auteurs aient publié de volumineux mémoires sur les ulcérations du col considérées à un point de vue général : Mémoires de MM. Despeyroux (1), Leblond (2), Audoyer (3), Obled (4), etc., on s'est très peu occupé des ulcérations diathésiques. C'est surtout dans ces derniers temps que la clinique a permis de faire connaître le rôle réel et considérable que jouent les diathèses dans les affections du système utéro-ovarien.

Y a-t-il des ulcérations du col diathésiques ?

La question paraîtra naïve peut-être. Cependant sur ce point important de gynécologie, il y a eu et il y a de nombreuses contradictions. Admises par les uns, rejetées par les autres, nous croyons que ces ulcérations diathésiques occupent aujourd'hui une place large, trop large même, dans la pathologie utérine.

Dans les travaux spéciaux, récemment publiés, la plupart des auteurs professent qu'il faut, en gynécologie, envisager surtout l'état général de la malade et considérer, dans le plus

(1) *Etude sur les ulcérations du col de la matrice.* 1872.
(2) *Sur les ulcérations du col.* — Journaux divers. 1873, 1875.
(3) *Des ulcérations inflammatoires du col.* 1874.
(4) *Etude sur les ulcères simples du col.* 1878.

grand nombre des cas, les lésions localisées sur l'utérus comme des manifestations de ces états généraux.

Pour nous, d'après nos études personnelles et les faits qu'il nous a été possible d'examiner avec soin, nous affirmons qu'il nous paraît impossible de mettre en doute l'existence d'ulcérations du col présentant des liens étroits avec les diathèses scrofuleuse et syphilique.

Le professeur Courty admet, outre ces deux ulcérations diathésiques, les ulcères herpétiques ou dartreux, auxquels M. Guéneau de Mussy a donné une importance toute spéciale, et qui sont niées par M. Gallard, puis encore les scorbutiques et les cancéreux. Il range même dans cette dernière catégorie l'ulcère rongeant si bien décrit par Clarke et Levers, contrairement du reste à l'opinion de Churchill, qui en fait un ulcère ayant son individualité propre. Le savant chirurgien de Montpellier croit que les ulcères syphilitiques du col peuvent devenir phagédéniques et il en a observé un exemple typique. Il a également remarqué bien souvent, mais ici il n'invoque pas une diathèse déterminée, que par l'effet d'une faiblesse, d'adynamie, de cachexie, certains ulcères du col avaient une tendance à se recouvrir de productions diphthéritiques, productions qui indiquent toujours une tendance fâcheuse de la lésion, quoiqu'elles ne soient pas dues franchement à la véritable diphthérie.

La présence de ces productions ne pourrait-elle pas être considérée comme la *dominante utérine* des mauvais états généraux?

M. Martineau admet également les lésions utérines de nature scrofuleuse, herpétique, arthritique, syphilitique et cancéreuse. Il ajoute comme affection diathésique, ayant une action étiologique réelle, dans la pathogénie des affections utérines, la chlorose. Peut-être ici la discussion serait-elle permise et faudrait-il rechercher si la chlorose ne pourrait pas être considérée comme effet, plutôt que comme cause. Mais cela nous entraînerait trop loin du point spécial qui fait l'objet de cette note. Nous n'ignorons pas, hâtons-nous de le dire, que Scanzoni et Tyler Smith sont partisans de l'influence de la chlorose

comme agent étiologique et que bon nombre de gynécologistes ont adopté les idées de ces deux médecins distingués.

Il ne peut y avoir de doute pour la diathèse cancéreuse et il est plus que probable, comme l'a rappelé M. Verrier (1), que la diathèse tuberculeuse amène également des lésions sur les organes génitaux de la femme. Cette dernière question avait été, du reste, remarquablement étudiée par M. Brouardel (2) dès l'année 1865, et il y a un an à peine, M. Cornil établissait, dans une savante communication à la Société de biologie (3), l'existence des ulcérations tuberculeuses de la portion vaginale du col.

Il existe donc des ulcérations diathésiques. Nous ne nous occuperons ici que des ulcérations scrofuleuses et syphilitiques, car les observations que nous avons faites sur des ulcères qui nous paraissaient liées à d'autres diathèses, ne sont, pour le moment, ni assez nombreuses, ni assez complètes. Décrivons donc à grands traits les ulcérations dont le traitement va nous occuper plus loin.

Les ulcères scrofuleux du col présentent des bords décollés. Ils occupent soit la lèvre antérieure, soit la lèvre postérieure, souvent même les deux. Leur sécrétion consiste dans un pus séro-caséeux très abondant. Leurs bords se décollent parfois et donnent naissance à des anfractuosités dont il sort un pus très épaissi. Les ulcères strumeux sont fréquents et généralement les femmes qui en sont atteintes présentent des dermatites vésiculeuses et pustuleuses; rarement des dermatites sèches et papuleuses.

Les diverses manifestations générales peuvent manquer, comme l'a fait remarquer le professeur Jaccoud, car les déterminations diverses de la diathèse se succèdent pour un grand nombre de cas, suivant un ordre régulier des parties superficielles aux profondes. Il peut donc arriver parfaitement que les

(1) *Gazette obstétricale.*

(2) Brouardel. *De la tuberculisation des organes génitaux de la femme.*

(3) Séance du 11 avril 1879.

manifestations diathésiques sur le col soient les seules qu'on puisse observer, les manifestations cutanées ayant disparu, et les manifestations ostéo-fibreuses et viscérales ne s'étant pas encore montrées. Quoi qu'il en soit, on peut dire en thèse générale, que la malade présente quelques-unes des particularités de l'habitus scrofuleux qui aident beaucoup à établir le diagnostic.

L'influence de la syphilis sur la production d'affections utérines, quoique moins fréquente que celle de la scrofule, n'est pas rare, puisque sur 71 cas observés par M. Martineau, le médecin de Lourcine a trouvé 23 métrites syphilitiques.

Nous devons aussi mentionner une théorie importante préconisée par M. Guéneau de Mussy qui considère la syphilis comme pouvant occasionner chez une diathésique des manifestations utérines de la diathèse dont elle est atteinte.

Les ulcérations syphilitiques du col de l'utérus paraissent être plus rares que les strumeuses.

En ce qui concerne le chancre infectant du col, sa rareté est plutôt apparente qu'absolue. Le plus grand nombre passent inaperçus et cela tient à ce qu'ils ne provoquent aucune douleur, qu'ils ne se révèlent par aucun signe à la femme atteinte et surtout à ce qu'ils évoluent avec une grande rapidité. Quant aux chancres intra-cervico-utérins dont M. Courty possède un certain nombre d'observations (1), ils sont fort difficiles à découvrir et disparaissent du reste avec la même rapidité que les chancres infectants du museau de tanche. Il est inutile de nous occuper des uns et des autres.

Quoique les syphilides muqueuses du col soient rares (leur lieu d'élection étant la vulve), on ne peut mettre leur existence en doute. Elles ont été fort remarquablement étudiées par le professeur Fournier. C'est surtout la forme ulcéreuse de ces accidents qui nous intéresse actuellement. Quoique dans le plus grand nombre de cas elles soient peu profondes, elles entament le col, et souvent peuvent l'envahir tout entier.

---

(1) Courty. Page 793.

Les ulcères syphilitiques ont une tendance destructive absolue lorsqu'elles deviennent diphthéritiques. Nous croyons que la description qui en a été donnée par MM. Boys de Loury et Costilhes n'est ni claire, ni suffisamment exacte, mais il n'en est pas moins vrai que certains ulcères syphilitiques du col sont sujets à se recouvrir de productions pseudo-membraneuses, diphthéroïdiques. Ces productions ont été justement rattachées à un état adynamique ou cachectique chez le sujet atteint. On sait, en effet, que la syphilis amène une débilitation générale de l'organisme, plus sensible chez les femmes que chez les hommes. Les recherches cliniques et analytiques sur la composition du sang dans la syphilis, exécutées par M. Grassi ont démontré que la majorité des malades syphilitiques examinés, présentait ue diminution notable dans le nombre de leurs globules sanguins.

Les ulcérations utérines de la syphilis peuvent aussi appartenir à un âge avancé de cette diathèse et être qualifiées de tertiaires. Parfois, elles ressemblent un peu aux ulcères rongeants dont il a été question plus haut. On pourrait même les confondre entre eux si ces derniers n'étaient pas si rares, et si les malades ne présentaient d'autres signes certains de syphilis.

On ne peut dire que ce sont des gommes du col, étant donné la rareté absolue de ces lésions sur cet organe.

II

Le traitement local des ulcérations du col a fait naître tant de méthodes, et l'emploi raisonné ou non d'un si grand nombre de produits pharmaceutiques (produits dont le charlatanisme a su tirer grand profit) qu'il serait oiseux de faire une histoire complète ou même approchée de ces méthodes et de ces produits, depuis que l'usage si répandu du spéculum a permis d'agir sur le col lui-même.

Rappelons toutefois qu'on ne peut qu'être étonné du nombre formidable de formules de pansement qui ont été données.

Chaque jour encore on trouve dans plusieurs journaux médicaux des séries de ces formules non expliquées et dont l'emploi au dire des auteurs, produit constamment d'excellents résultats. Ce qui est vrai, c'est qu'en somme la guérison de la majeure partie des ulcérations du col et surtout des ulcérations diathésiques est longue à se produire, parce que le traitement qui leur est appliqué est, le plus souvent, irrationnel.

Nous avons vu des ulcérations manifestement scrofuleuses, depuis longtemps traitées, pour la guérison desquelles on avait employé successivement une longue série d'agents thérapeutiques et qui étaient loin d'être guéries, trois mois encore après le début du traitement et de soins constamment répétés!!!

Nous n'ignorons pas, comme l'a fort bien fait remarquer M. Courty (1), que les ulcères diathésiques ne sont pas disposés naturellement à la cicatrisation et qu'ils tendent à se développer de plus en plus. Cependant, ajoute-il, ils peuvent disparaître à la suite d'un traitement rationnel prompt et énergique. Certainement, il y a des cas, principalement dans les ulcères diathésiques et surtout dans ceux qui sont de nature syphilitique, où se montre une tendance à des destructions lentes ou rapides, mais toujours considérables de l'utérus. Le professeur de Montpellier rappelle, même à ce propos, une observation dans laquelle on voit qu'il a pu craindre, pendant une certain temps, la destruction complète du col. Ce sont là, hâtons-nous de le dire, des exceptions, et même des exceptions *rares*, lorsque le traitement intervient rationnellement.

S'il est vrai (et tous ceux qui se sont occupés sérieusement de gynécologie ne l'ignorent pas), qu'on a fait et qu'on fait encore un abus de pansements insuffisants tant à cause de la substance employée que de la façon de s'en servir; il n'est pas moins vrai, inversement, qu'on emploie trop souvent, encore aujourd'hui, d'énergiques caustiques et surtout le fer rouge. Il existe même un certain nombre de médecins qui ne connaissent que cette dernière médification. Il nous a été donné de

(1) Courty. Page 795.

voir un nombre assez respectable de cas où, non seulement cette manière d'agir était inutile, mais encore contre-indiquée. Ajoutons que la cautérisation faite avec le cautère actuel, ou le thermo-cautère, soit avec certains caustiques d'une grande énergie, ne doit être employée, même lorsqu'elle est indiquée, qu'avec infiniment de soins et dans des conditions d'intégrité absolue, au point de vue inflammatoire de l'organe sur lequel on veut opérer et de ses annexes. Un mémoire récemment paru dans les *Annales de gynécologie* est assez net sur ce point. Malheureusement, plusieurs praticiens ignorent cette règle d'une importance capitale.

Donc, ne pouvant rééditer ici la liste de la multitude de médicaments qui ont été employés localement dans le traitement des ulcérations diathésiques (scrofuleuses et syphilitiques) les seules dont nous ayons à nous occuper actuellement, nous ne voulons pas nier cependant que dans des cas très simples, ils ont pu rendre des services et même amener une guerison presque toujours relative... hélas. Dans tous les cas, cette guérison est longue à venir. Comme on le verra plus loin, nous avons pu observer des cas vraiment simples traités depuis de longs mois et dont nous avons obtenu la guérison rapide par le procédé dont il est question plus bas.

Qu'on nous permette de signaler un procédé chirurgical pour le traitement des ulcères phagédéniques de nature diathésique qui a été proposé il n'y a pas longtemps encore. Il consiste à enlever avec une curette tranchante toute la matière pulpeuse qui se trouve à la surface de l'ulcère; puis, lorsqu'on a tout enlevé, de pratiquer la cautérisation avec le thermo-cautère sur toutes les parties malades. Pas n'est besoin, croyons-nous, d'en arriver là. Ce procédé est du reste peu applicable, sinon dangereux, lorsqu'il s'agit de l'utérus.

Parmi ce nombre de médicaments dont nous venons de parler à grands traits, il en est un qui est usité par la totalité des gynécologistes et qui jouit à bon droit de cette faveur. Nous voulons parler de l'iode sous toutes les formes.

Nous avons fait une étude clinique sérieuse de cet agent

thérapeutique sous toutes les formes généralement employées dans les *ulcérations diathésiques* et nous avons obtenu des résultats que nous croyons devoir faire connaître.

Bien d'autres avant nous ont fait usage d'iode dans les conditions que nous venons d'indiquer. Il n'est pas de gynécologistes qui n'en fassent usage, soit à l'état de teinture, soit à l'état de combinaison avec l'acide formique, etc. On va voir comment nous l'avons employé, en dernière analyse, toujours pour le traitement des ulcères scrofuleux et syphilitiques du col, et quel a été le résultat de nos comparaisons avec les méthodes ordinaires.

Mais avant d'arriver à ce que nous croyons nous être personnel, nous devons dire quelques mots de l'iode considéré au point de vue thérapeutique.

L'emploi de l'iode basé sur ses propriétés antiseptiques et résolutives, est indiqué tous les fois qu'il s'agit d'assainir une plaie, de modifier une surface vicieusement sécrétante ou de résoudre une phlegmasie de nature chronique et de tendance réfractaire, quel que soit d'ailleurs le siége de la lésion peau ou muqueuse, pourvu que son action topique puisse se faire sentir (1). Les travaux de Coindet, Sablairolles (2) et Boinet (3) sont suffisamment connus. Il n'est pas nécessaire de les analyser ici.

N'oublions pas de dire qu'un de nos anciens collègues de Saint-Lazare, M. le Dr Guillaumet (4), a eu l'idée de traiter les ulcérations scrofuleuses et syphilitiques par le sulfure de carbone iodoformé, mais ici c'est le sulfure de carbone qui agissait surtout, le rôle de l'iode étant purement désinfectant. L'emploi de la formule indiquée par notre confrère nous a donné

---

(1) Trousseau et Pidoux. *Traité de thérapeutique.*

(2) *Archives générales de médecine*, t II, p. 439. — *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, t. 1, p. 74.

(3) A. Boinet. *Iodothérapie.*

(4) *Du traitement des ulcérations chroniques et des plaies atoniques par le sulfure de carbone.* 1876.

d'excellents résultats sur les téguments, mais son action, dan nos observations, a été presque nulle sur le col.

Proposé dans la phthisie pulmonaire, en 1838, par le docteur Berton sous forme d'inspiration, l'emploi de l'iode fut repris, d'après cette méthode, en Angleterre par Murray et Scudamore, en France, par MM. Piorry et Chartroule.

C'est, d'une part, en étudiant cette dernière question, en ayant vu des malades aspirer de l'air sec et chaud saturé d'iode à l'état de vapeur, et, d'autre part, en présence du temps si long que mettaient les ulcérations diathésiques du col pour guérir rapidement, que l'idée nous est venue d'essayer directement sur ces dernières l'action des vapeurs d'iode.

Certainement le traitement des ulcérations scrofuleuses t yphilitiques du col par l'emploi de l'iode n'est pas nouveau. Mais l'emploi de ce médicament à l'état de vapeur sur le col n'avait pas encore été proposé, croyons-nous.

Il est vrai que le docteur Rengade a présenté à l'Académie, en 1873, un appareil qui permet de pulvériser simultanément deux liquides réagissant l'un sur l'autre et produisant par leur combinaison un médicament à l'état naissant, par conséquent à son plus haut degré d'activité chimique et thérapeutique :

Grâce à ce pulvérisateur à réactions, dont le principe n'est pas le même que celui que nous avons fait construire, on peut facilement produire l'iode à l'état naissant. Nous nous sommes servi avec fruit de cet ingénieux instrument(I).

III

Une première règle que nos observations nous permettent de poser, c'est que l'emploi de la vapeur d'iode amené directement sur le col ulcéré ne suffit pas pour amener une guérison rapide quoique y aidant d'une façon des plus efficaces, il faut y join-

(1) Voir J. Rengade. *Médecine pneumatique*. Delahaye. 1873.

dre le traitement général. Aussi, suivant les conseils de M. Martineau, avons-nous soin de prescrire :

A. — Chez les sujets scrofuleux, la teinture d'iode ou l'huile de foie de morue. Parfois nous remplaçons la teinture d'iode par le vin ou le sirop antiscorbutique. L'usage des eaux de Salins donne de bons résultats. Il est utile, sinon indispensable, d'ajouter à ce traitement des bains contenant 20 à 30 grammes de sulfure de sodium, en ayant soin de faire baigner pendant leur durée, au moyen de la canule vaginale, le vagin et l'utérus. On pourra, suivant les cas, faire intervenir dans la médication le fer, l'arsenic ou le chlorure de sodium.

B. — Chez les sujets syphilitiques, c'est à l'iodure de potassium qu'il faut donner la préférence, en ajoutant des préparations mercurielles si on veut obtenir une action rapide. Les toniques divers sont de plus indiqués.

On peut prescrire en même temps des bains de sublimé auxquels on fait succéder des bains sulfureux vers la fin du traitement.

Ces principes de médication générale extraits de la clinique du docteur Martineau, joints au traitement local dont nous allons parler, nous ont donné de rapides et excellents résultats.

Dès 1834, on irriguait des gaz dans le vagin. C'est ainsi qu'en France, Follin, Broca, Demarquay et Monod ont employé l'acide carbonique contre les affections douloureuses de l'utérus : dysménorrhée névralgique, cancer, vaginisme. On a aussi préconisé le gaz acide carbonique comme moyen anesthésique dans les opérations sur la matrice, quoique ces dernières, lorsqu'elles sont bornées au col, soient peu ou pas douloureuses.

Scanzoni a fait construire un appareil pour l'irrigation vaginale, des vapeurs de chloroforme dans les cas de névralgie utérine. Ces vapeurs pouvaient au besoin être introduites dans le rectum.

Les principaux appareils qui ont été employés sont ceux de Fordos, de Thomas Warcker, de New-York, et de Scanzoni.

L'emploi de l'acide carbonique et du chloroforme était pure-

ment destiné à faire cesser la douleur et ne convenait nullement à un traitement curatif. Tels sont du moins les résultats connus de cette méthode, et nous n'avons trouvé nulle part d'observations où il soit question de ces irrigations gazeuses comme traitement rationnel.

Pour nous, voici comment nous avons opéré. Décrivons l'appareil : Un des plus intelligents fabricants d'instruments de chirurgie, M. Aubry, voulut bien le construire, il y a bientôt deux ans, sur nos indications.

L'appareil se compose essentiellement de trois ballons de verre, d'une capacité d'un tiers de litre environ, qui ne servent que deux par deux ; on verra pourquoi tout à l'heure.

Deux de ces ballons sont identiques et portent chacun deux tubulures : une verticale supérieure comme les ballons ordinaires et une horizontale inférieure. Le troisième ballon est un ballon ordinaire à tubulure verticale supérieure. Ces ballons peuvent être placés deux par deux sur un trépied double rivé lui-même à une platine servant de base à tout l'appareil. Cette platine est d'un poids assez lourd pour maintenir l'appareil complet en équilibre lorsqu'on s'en sert. A cause de ce poids, l'appareil ne peut être placé sur la tablette du fauteuil à spéculum. On est obligé de le mettre sur un meuble, table ou guérison, voisin du fauteuil à exploration. Le trépied a une hauteur suffisante pour qu'on puisse placer sous chaque ballon en position, une lampe à alcool de moyenne grandeur.

Un système double de tubes en Y grec, en caoutchouc, d'un diamètre assez volumineux pour être en rapport avec l'épaisseur de leurs parois qui sont assez fortes, communiquent à volonté avec les tubulures des ballons d'une part, et de l'autre, se rendent soit dans le speculum placé dans la cavité vaginale (tubes blancs), et se continuent (tubes noirs) d'un autre côté, avec un appareil de Richardson assez puissant.

Le détail d'une *vaporisation* fera mieux comprendre la disposition de l'appareil.

Remarquons que, suivant les cas, on peut se servir :

1° De vapeur d'iode seule ;

2° De la vapeur d'iode mélangée à de la vapeur d'eau;

3° De vapeur d'iode mélangée à un courant d'air plus ou moins vif.

Ces deux dernières façons d'agir n'ont été employées que dans des cas relativement bénins.

1° — *Usage de la vapeur d'iode seule.* — On se sert du ballon à deux tubulures : on le chauffe légèrement afin de raréfier l'air qu'il contient. On y place ensuite quelques fragments d'iode, puis on articule les tubes de la façon suivante ; l'une des branches de l'Y grec du tube qui est en communication avec l'appareil de Richardson est solidement adaptée à la tubulure horizontale. L'autre branche est fermée avec un bouchon de caoutchouc s'adaptant exactement au diamètre de cette branche. — Le tube vaginal a, lui aussi, une de ses branches en Y grec fermée par un bouchon identique, tandis que l'autre est fixée sur la tubulure verticale du ballon. On pousse modérément avec l'appareil de Richardson, l'extrémité du tube qui doit entrer dans le spéculum étant convenablement placée.

Il faut se servir soit de spéculums en verre, en ivoire ou de Fergusson ; avoir bien soin d'entourer exactement le col avec ce speculum et ne pas laisser faire hernie à une partie si petite qu'elle soit de la muqueuse vaginale.

L'iode, en effet, exerce une action topique irritante incontestable sur les muqueuses et dans le vagin ; il peut provoquer une inflammation locale proportionnée à la dose. — On chauffe légèrement à 30 ou 40° et on presse d'une façon méthodique la boule à main de l'appareil de Richardson.

2° et 3° — *Usage de vapeur d'iode mélangée avec de l'eau ou avec de l'air.* — Dans le premier cas, on se sert des deux ballons à double tubulure, dont l'un contient de l'eau qu'on fait chauffer à 50 ou 60°. Dans l'autre, on se sert d'un ballon à double tubulure et d'un ballon à tubulure unique contenant simplement de l'air. — Pas n'est besoin d'indiquer le placement des tubes pour ces deux façons d'opérer. — Il ne faut

pas oublier cependant de boucher la branche d'Y grec du tube en rapport avec l'appareil de Richardson, branche qui n'est pas occupée dans ce dernier cas.

Nous ne nous dissimulons pas les inconvénients réels que présente cet appareil, qui, nous le répétons, n'a été qu'un appareil d'expériences et d'observations. Tel qu'il était, il nous a permis d'obtenir des résultats qui sont résumés plus loin. Nous songeons à le modifier sensiblement, et nous espérons faire connaître sous peu les divers changements que nous avons cru devoir y apporter.

Les vapeurs d'iode laissent quelquefois pénétrer une odeur caractéristique dans l'appartement où on opère. Nous pourrons répondre à ce desideratum qu'il en est de même lorsqu'on ouvre un flacon d'iodoforme, avec cette différence que l'odeur due à ce dernier est beaucoup plus insupportable que celle des vapeurs d'iode.

IV

Il nous paraît inutile de transcrire ici, in extenso, les observations qu'il nous a été donné de prendre. Toutes, au surplus, se ressemblent à peu de choses près. Nous préférons en donner un résumé suffisamment détaillé, qui démontrera la valeur thérapeutique des conclusions de cette note.

Ces conclusions sont les suivantes :

1° Les ulcérations diathésiques du col de l'utérus (scrofuleuses et syphilitiques), guérissent plus rapidement par l'usage des vapeurs d'iode localement employées que par les autres traitements in situ.

2° Cette guérison est utilement accentuée par le traitement général de la diathèse.

A. — Ulcérations de nature scrofuleuse. — Nous avons pu réunir 12 cas d'ulcérations manifestement scrofuleuses du col. Ces ulcérations à bords décollés, d'un rouge terne

présentaient une secrétion séro-caséeuse assez abondante. 7 occupaient les deux lèvres du col ; 4 la lèvre postérieure ; 1 la lèvre antérieure.

Chez toutes les malades, les antécédents ne laissaient aucun doute sur l'existence de la diathèse strumeuse. L'état diathésique actuel était très net dans 8 cas, et dans les quatre autres, l'histoire des antécédents d'une part, et d'autre part, l'*habitus corporis*, sans lésions autres que celle du col, venaient appuyer le diagnostic.

8 de ces malades avaient déjà subi un traitement local depuis un temps variant de deux à trois mois : 5 depuis deux mois, 3 depuis trois mois.

Nous passons sous silence les divers phénomènes tels que pertes blanches et rougeâtres, douleurs, etc., qui n'étant pas guéris, les avaient amenées à nous consulter. Les 4 autres n'avaient jamais été soignées.

Voici le résultat de la durée de notre traitement :

Sur ces 8 cas déjà soignés pendant la période de temps indiqué plus haut, nous avons observé : 5 guérisons au bout de 7 vaporisations chacune. Une vaporisation tous les trois jours. Traitement général.

Dans les trois autres cas : 5 vaporisations ont suffi pour amener la cicatrisation complète de l'ulcération, en même temps que l'état général s'améliorait rapidement sous l'influence du traitement anti-diathésique.

Dans les 4 cas qui n'avaient pas reçu de soins spéciaux jusqu'alors : 1 a demandé un temps assez long : 11 vaporisations. L'état de cette malade était réellement sérieux. Aujourd'hui l'ulcération a disparu. Mais d'autres manifestations diathésiques sont encore en pleine activité malgré le traitement général. Pour les trois autres cas, peu graves 4 vaporisations ont suffi.

Nous avons dit, plus haut, que nous avions fait les vaporisations d'iode tous les trois jours, ce qui nous donne en résumé comme durée de traitement : vingt et un jours dans 5 cas traités depuis longtemps déjà (60 à 90), par tous les moyens habituels ; quinze jours dans 3 cas où il n'y avait pas eu de traite-

ment antérieur ; trente trois jours dans 1 cas (cas sérieux), sans traitement antérieur ; douze jours dans 3 cas peu graves.

Il est bien entendu que toujours le traitement anti-diathésique a été institué.

Nous ne nous sommes servi de vapeur pure que dans 6 cas : 5 de la 1re catégorie (malades ayant été soignées depuis longtemps déjà) et 1 cas (cas sérieux), la malade n'ayant probablement reçu aucun soin.

Dans les 6 autres cas, nous avons employé la vapeur d'iode mélangée avec un courant passant sur de l'eau à 60°.

B. — *Ulcérations de nature syphilitique.* — Nous n'avons pu examiner que 9 malades atteintes d'ulcérations du col de nature syphilitique. Sur ces 9 cas, 5 fois existaient des syphilides ulcéreuses très nettes ; 1 fois une syphilide à tendance phagédénique et 3 fois des ulcérations légères en rapport avec l'hypertrophie exulcérative du col, lésion que nous avons décrite les premiers avec notre excellent maître et ami, le docteur Aimé Martin, médecin de Saint-Lazare, et syphiliographe des plus distingués (1).

Voici la durée du traitement local pour ces 9 malades :

Dans 5 cas de syphilides ulcéreuses, 3 ont été guéries au bout de 4 vaporisations, 2, au bout de 7 vaporisations.

Dans le cas de syphilide à tendance phagédénique, il a fallu 13 vaporisations ; dans les 3 derniers cas, 3 vaporisations.

Ajoutons que dans ces 3 derniers cas, l'hypertrophie secondaire avait disparu en même temps que l'ulcération.

La durée du traitement a donc été de douze jours dans 3 cas de syphilides ulcéreuses; vingt et un jours dans 2 cas où les syphilides étaient très larges; vingt-neuf jours dans 1 cas de syphilide à tendance phagédénique ; neuf jours dans trois cas

(1) De Fourcauld. *Etude sur l'hypertrophie exulcérative du col de l'utérus dans la syphilis secondaire*. Paris, 1877.

d'ulcérations en rapport avec l'hypertrophie exulcérative signalée par nous.

Comme dans les cas d'ulcérations de nature scrofuleuse, nous avons fait les vaporisations tous les trois jours. Nous nous sommes servi de vapeur d'iode pure dans les 6 premiers cas, et de vapeur mélangée avec un courant passant sur de l'eau à 60° dans les trois derniers. Le traitement anti syphilitique avait été institué dès le début.

Nous avons toujours vu, tant dans les divers services auxquels nous avons été attaché (Lourcine-Saint-Lazare), que dans notre clientèle particulière, les ulcérations diathésiques être rebelles à la guérison absolue pendant un temps relativement long.

Nos quelques observations, malheureusement trop peu nombreuses, paraissent démontrer qu'avec le procédé que nous avons décrit, on peut agir avec une rapidité plus grande.

Notre moyenne de durée est en effet très faible, si on la compare à celle que donnent les autres traitements. Il est vrai qu'il ne faut pas demander aux chiffres plus qu'ils ne peuvent donner.

Ajoutons, en finissant, que dans nos 3 derniers cas de syphilis, l'hypertrophie secondaire a disparu beaucoup plus rapidement que dans les 40 observations que nous avons prises à Saint-Lazare et publiées en 1877. Cela tient évidemment à la propriété qu'a l'iode de résoudre une phlegmasie de nature chronique et de tendance réfractaire.

Nous n'avons jamais observé les phénomènes spéciaux produits du côté de la menstruation et signalés par MM. Trousseau et Pidoux. Dans un seul cas, nous avons vu une véritable hémorrhagie chez une scrofuleuse qui avait déjà eu de pareils accidents, avant de suivre le traitement.

CORRESPONDANCE.

SUR LA METHODE OPÉRATOIRE DE L'EXTIRPATION DE L'UTÉRUS GRAVIDE.

Lettre écrite à M. le professeur-agrégé A. Pinard.

Tres honoré confrère!

Dans votre remarquable mémoire, intitulé « De l'opération césarienne, suivie de l'amputation utéro-ovarique » vous daignez m'accorder les lignes suivantes (page 36):

« Le but poursuivi et recherché par Rein était d'éviter toute hémorrhagie, tant primitive que secondaire. Son procédé fut d'abord exposé d'une façon sommaire, in *Archiv für Gynaekologie*, 1877, n° 6, etc... »

Permettez-moi, Monsieur, dans les intérêts de la vérité, d'ajouter quelques éclaircissements à ces mots et de communiquer, à ce propos, une nouvelle modification de ma méthode opératoire. — Il est vrai que la méthode que j'osai adopter au lieu de l'opération césarienne ancienne, ne fut connue à l'étranger qu'en 1877, lorsqu'un rapport de mon travail parut dans le journal *Centralblatt für Gynækologie*, 1877, n° 6. Cependant, comme vous pouvez vous en assurer par mon article : *Sur l'excision sans perte de sang de l'utérus gravide*, publié en Russie dans les *Annales de Gynécologie*, avril, 1878, p. 270, je développai mes idées sur cette question beaucoup plus tôt. Outre quelques publications et communications préalables faites en août et septembre 1876 dans les journaux russes, le 16 octobre de la même année, par conséquent un peu avant que le célèbre mémoire de M. le professeur Porro fut publié(1), je fis à la Société des médecins russes à Saint-Pétersbourg, un rapport

(1) D'après Breisky (archiv. für Gynæcologie Bd IV, 4, 1) l'avant propos de ce mémoire est daté du 30 octobre 1876.

détaillé, sous le titre : *De la substitution de l'opération césarienne, par l'excision de la matrice gravide.* Ce travail, qui ne fut publié qu'en russe, se compose de trois parties :

I. — Compte rendu de 13 expériences faites sur les chattes et les lapines grosses.

II. — Description tout aussi détaillée de la méthode opératoire applicable à la femme. Le manuel opératoire est divisé en 5 temps suivants : 1° incision des parois abdominales ; 2° cessation de la circulation du sang dans la matrice ; 3° incision sans perte de sang de la paroi de la matrice et l'extraction du fœtus ; 4° amputation supravaginale de l'utérus, et 5° suture de la plaie abdominale.

III. — La troisième partie du mémoire est une exposition des avantages principaux de la méthode nouvelle : 1° l'absence d'hémorrhagie primitive ; 2° la sécurité de l'intoxication du côté de l'organe blessé qui, abandonné dans la cavité abdominale, doit d'ailleurs subir le métamorphose regressive et peut aussi être source de l'hémorrhagie secondaire, et 3° les gravidités périlleuses suivantes sont rendues impossibles.

Ces vues théoriques, fondées sur les expériences, faites sur les animaux et sur les observations cliniques des cas d'ovariotomie et d'hystérotomie, employées pour enlever les tumeurs fibreuses de l'utérus, ne sont pas encore mises en pratique en Russie, vu, il me semble, que les cas de rétrécissement extrême du bassin y sont excessivement rares ; au contraire, nous en comptons plus de 50 cas à l'étranger, et celles de ces opérations qui furent exécutées d'après la méthode ainsi nommée de Müller sont tout à fait semblables à la méthode que j'ai adoptée en 1876. — Dans mon second rapport, communiqué à la même respectable société savante russe deux ans après, le 16 octobre 1878, et publié dans les *Annales de Gynécologie*. l. c., je développai mon idée plus amplement, insistant surtout sur le principe d'insanguinité de l'opération. Le procédé insanguin me semble jusqu'aujourd'hui plus rationnel que celui d'exécuter la

section césarienne d'après la méthode ancienne, n'enlevant l'utérus qu'à la fin de l'opération (méthode de Porro); c'est faire sans nécessité urgente deux opérations à la fois. Le danger inévitable qui provient de l'agrandissement nécessaire de la plaie abdominale ne doit pas empêcher la réunion heureuse des deux opérations en une seule. C'est ce procédé insanguin qui peut être considéré comme un véritable progrès de l'art opératoire, surtout si on emploie la modification de Litzmann, c'est-à-dire la compression préalable du col utérin par un tube élastique après l'extraction de la matrice en dehors.

Il me semble qu'il aurait été encore plus convenable d'applipliquer à l'opération le principe d'insanguinité d'après mon second procédé, exposé dans mon premier travail, et aussi dans l'article français cité plus haut, c'est-à-dire d'obtenir la cessation de la circulation de sang dans la matrice, in loco, sans la retirer préalablement de la cavité abdominale.

Voilà les temps du manuel opératoire d'après cette méthode: 1° *l'incision des parois abdominales pas plus grande que dans le cas de l'opération césarienné pratiquée d'après l'ancienne méthode;* 2° *application in situ du tube élastique d'Esmarch au tour du col utérin;* 3° *incision rapide sans perte de sang de la paroi de la matrice et l'extraction du fœtus;* 4° *amputation supravaginale de l'utérus (retiré dehors avec la placenta), d'après la méthode de Péan;* 5° *suture de la plaie abdominale et fixation du moignon utérin à l'angle inférieur de la plaie.*

Doit-on employer le tube élastique comme une ligature préalable, qui doit être remplacé dans le quatrième temps de l'opération par un fil de fer ou par une chaîne d'écraseur, ou bien peut-on le laisser comme une ligature permanente? Dans ce dernier cas, outre que l'opération même se fait plus simple et exécutable plus promptement, il existe encore ce grand avantage que pendant que le moignon utérin subit après l'opération la métamorphose régressive, l'anse compressive à cause de son élasticité se fait aussi plus petite et, par là, le glissement de l'anse avec ses complications (voir le cas Reidinger) devient impossible. Pour fixer l'anse élastique elle-même, il est nécessaire de tra-

verser le col utérin par deux tiges d'acier perpendiculairement l'une à l'autre tout au-dessus de la ligature. Le tube élastique comme une ligature permanente fut proposé pour l'ovariotomie par le docteur Hofmokle, de Vienne. Le docteur Vorstaedter, de Saint-Pétersbourg, poursuivant la même idée, construisit, l'année dernière, un appareil constricteur, nommé par lui Ketten ecraseur mit Federklemme (*Wiener medecin, Wochenschrif*, 1880).

J'appelle l'attention de mes confrères sur cette nouvelle modification de mon procédé qui, ayant des avantages théoriques indubitables, ne doit pas présenter, il me semble, des difficultes sérieuses en exécution. Cette méthode opératoire est surtout recommandable dans des cas de parturitions non protractées ou bien dans ceux où l'on entreprend l'opération avant le début du travail. Mon premier procédé (voir l'ouvrage cité), au contraire, c'est-à-dire l'extraction préalable de l'utérus gravide à travers la plaie large des parois abdominales, doit être employé de préférence dans les cas graves, où le travail durait depuis longtemps et où, comme dans le cas du professeur P. Muller, on doit principalement éviter tout épanchement septique de l'utérus dans la cavite abdominale. En retournant, Monsieur, à vos mots, cités par moi plus haut, je désirerais vous faire remarquer que c'est surtout pour préciser les limites entre mon procédé et celui du professeur Porro que j'insiste dans mon second rapport sur l'absence de l'hémorrhagie. Mais ce but « d'éviter toute hémorrhagie tant primitive que secondaire » n'était pas le but unique que je poursuivais et recherchais dans mes expériences sur les animaux et dans mes travaux sur l'application de la nouvelle méthode sur les femmes.

Permettez-moi, Monsieur, de joindre à cette lettre les deux rapports russes que j'ai mentionnés plus haut.

Veuillez agréer, Monsieur, mes compliments les plus respectueux.

G. Rein,
Privat-docent de gynécologie à Saint-Pétersbourg.

Strasbourg, 9 janvier 1881.

REVUE CLINIQUE.

KYSTE MULTILOCULAIRE DE L'OVAIRE DROIT.

OBVARIOTOMIE. — PHÉNOMÈNES THORACIQUES GRAVES. — GUERISON.

Par le Dr H. Van den Bosch.
Assistant à la clinique des accouchements de l'Université de Liège (Belgique).

G... (Cathérine) de Ville-My (Luxembourg), âgée de 36 ans, jouit d'une assez bonne santé. Elle est d'une taille au-dessous de la moyenne. Elle a été atteinte dans son jeune âge de rachitisme, maladie dont elle porte des traces non équivoques (facies courbure des membres, etc..

Il n'y a pas de mauvais antécédents héréditaires. Ses règles se sont établies à l'âge de 16 ans et ont toujours été regulières jusque 25 ans, A cet âge elles devinrent très abondantes, et G... s'affaiblit tellement qu'elle dut s'adresser au Dr Amand de Schoris, qui lui prescrivit le fer, les toniques amers. etc. Grâce à cette médication elle revint assez rapidement à la santé. A 28 ans elle devint enceinte. Sa grossesse ne présenta aucun phénomène pathologique digne d'être noté, et G... accoucha à terme, et naturellement, d'un petit garçon qui est encore vivant. Les suites des couches furent des plus heureuses.

Au mois de mai de cette année (1880), elle alla de nouveau consulter le Dr Amand. Elle se plaignait de douleurs vagues à la région épigastrique, de perte d'appétit et d'affaiblissement. De plus, elle dit qu'il lui semblait que depuis le commencement du mois d'avril son ventre devenait plus volumineux. Ses règles revenaient à peu près tous les quinze jours. C'est alors que notre excellent confrère diagnostiqua un kyste de l'ovaire droit.

Les intestins, l'estomac, le foie, le cœur, la poitrine ne révélaient à l'examen aucun phénomène morbide.

G... vint nous trouver le 21 juin.

A ce moment, sa santé générale parait excellente, les muqueuses sont assez colorées, toutes les fonctions sont régulières.

A l'inspection, nous trouvons l'abdomen développé comme à 5 mois

de grossesse. La peau ne présente rien de particulier. A la palpation, nous trouvons une paroi abdominale très mince et souple, et nous découvrons comme le Dr Amand nous l'écrivait, en dehors de la ligne blanche et vers la fosse iliaque droite, une tumeur que les parois relâchées de l'abdomen permettent de circonscrire parfaitement, de saisir en quelque sorte avec les deux mains. Cette tumeur a la grosseur d'une tête de fœtus à terme ; elle est indolore à la pression, unie, régulière, ne laissant percevoir qu'une fluctuation très obscure. Elle est très mobile, se laisse facilement déplacer dans tous les sens, et ne paraît pas avoir contracté d'adhérences avec les organes voisins. La femme n'a d'ailleurs jamais présenté de symptômes de péritonite partielle.

On sent assez distinctement le pédicule de la tumeur par la palpation profonde; il est long et assez grêle.

L'auscultation est négative.

Quant à la percussion, elle donne de la matité dans toute l'étendue de la tumeur, quand celle-ci est maintenue contre les téguments internes.

Le touchér fait teconnaître le col de l'utérus à peu près dans sa situation ordinaire, seulement un peu élevé, et avec ses caractères normaux. Le poids de l'organe n'est pas augmenté. En combinant le palper avec le toucher, on reconnaît que le viscère a son volume normal, ce qui est confirmé par l'emploi de la sonde utérine. Le corps, parfaitement mobile, ne reçoit pas les mouvements communiqués quand on palpe la tumeur abdominale. Dans les culs-de-sac, on ne sent rien par le toucher simple, mais en refoulant la tumeur par l'exploration externe, on la sent dans le cul-de-sac latéral droit. Elle est rénitente.

Les autres viscères abdominaux ne présentent aucun phénomène morbide, et *les organes thoraciques* ne paraissent être le siège d'aucun trouble; cependant la femme tousse un peu, mais elle nous dit que cette toux lui est habituelle. Les signes fournis par cet examen, et dont la plupart nous avaient été déjà indiqués par le Dr Amand, indiquent clairement que nous nous trouvons en présence d'un kyste de l'ovaire droit sans adhérences, comme l'avait diagnostiqué notre confrère.

Il était malaisé de dire si le kyste était uniloculaire ou aréolaire, à cause de sa petitesse et de sa mobilité qui rendaient l'examen difficile ; mais comme une fluctuation sourde avait été obtenue partout, à

plusieurs reprises, il y avait lieu de supposer que l'on avait affaire à un kyste uniloculaire. Nous verrons qu'il n'en était rien.

Nous proposons de pratiquer l'ovariotomie, et nous recommandons à la malade de suivre un régime fortifiant.

L'opération acceptée est fixée au 26 juillet. La veille, on administre un purgatif à la patiente.

Elle a été réglée le 15 juillet.

Nos honorables confrères MM. Armand, de Schoris, Servais de Hamoir Seny, d'Awans, et Gilis, de Comblain-au-Pont, nous servent d'aides.

Nous nous faisons un devoir de leur présenter ici nos remercîments, pour le concours qu'ils nous ont prêté, et spécialement aux deux premiers, pour les bons soins qu'ils ont donnés à la malade pendant les suites de l'opération, qui furent graves, comme nous le verrons plus loin.

Opération. —Tout étant préparé, la vessie vidée et la malade placée dans une position convenable sur une table garnie, on lui administre le chloroforme au moyen de l'appareil de Junchar.

L'opération est faite suivant la méthode antiseptique de Lister.

La paroi abdominale étant tendue à droite et à gauche par un aide, nous faisons sur la ligne blanche, à égale distance du pubis et de l'ombilic une incision de 6 à 7 centimètres. Les téguments étant très minces, le péritoine est bientôt mis à nu. Nous l'incisons à la partie supérieure de la plaie, puis nous le coupons sur une sonde cannelée servant de conducteur.

Pendant ce premier temps de l'opération, il n'y a pas de perte de sang notable.

La paroi kystique d'une teinte gris bleuâtre apparaît dans la plaie. Trois doigts introduits aussi loin que possible constatent que la tumeur est libre d'adhérence, dans tous les points accessibles. Après cette manœuvre, une partie de l'intestin grêle sort de la cavité abdominale. Elle est repoussée en place au moyen d'une grande éponge plate ayant plongé dans de l'eau phéniquée tiède à 2 p. 100. Cela fait, nous cherchons à saisir le kyste; opération assez difficile, parce que la tumeur, à cause de son petit volume et de sa mobilité excessive, fuit, devient difficilement accessible, et que les intestins ont une grande tendance à faire hernie.

En procédant avec lenteur et méthode, nous parvenons à faire saillir le kyste dans l'aire de la section abdominale; nous le saisissons alors avec une pince de Museux, et l'ayant attiré de façon à l'appli-

quer intimement contre la plaie, pour que le liquide ne puisse pas pénétrer dans la cavité péritonéale, nous faisons la ponction avec un trocart ordinaire. Il s'écoule une petite quantité de liquide citrin. Une pince à plateau de Péan est alors appliquée sur la paroi de la tumeur, et on exerce quelques tractions. Ne pouvant l'amener au dehors, nous faisons une nouvelle ponction qui donne lieu à l'écoulement d'un liquide blanc laiteux légèrement visqueux. Pendant l'écoulement de ce liquide, de nouvelles tractions sont faites, et la masse kystique se laisse amener au dehors. Le pédicule est long et a 2 à 3 centimètres de largeur. Une éponge est introduite dans l'abdomen et placée au devant de la plaie, et nous procédons à la ligature du pédicule de la manière suivante : Un fil double de soie phéniquée n° 2 est passé vers le milieu, là où il n'y a pas de vaisseaux, et coupé près de l'aiguille ; avec l'un des deux fils ainsi formés, nous lions le côté du pédicule qui renferme les veines, puis lorsque la tumeur est gorgée de sang, nous lions avec le second fil l'autre côté du pédicule, enfin une ligature en masse est jetée au-dessus des deux autres. Cette manière de procéder est conseillée par le Dr Thornton (Samaritain Hospital London) lorsque le sujet est jeune, dans de bonnes conditions de santé, et qu'il n'a pas perdu beaucoup de sang pendant l'opération. On peut ainsi éviter, d'après le chirurgien anglais, la fièvre consécutive à l'opération. Lorsque l'operée est très forte, il saigne même la tumeur, quand l'afflux du sang est suffisant, avant de lier le côté où se trouvent les artères.

Nous avons vu M. Thornton mettre souvent cette méthode en pratique, et nous devons dire que chaque fois il y a eu très peu de réaction après l'opération.

Lorsque le sujet est débilité, le chirurgien de Samaritain Hospital lie d'abord les artères, et laisse entrer dans la circulation tout le sang de la tumeur avant de lier les veines.

Le pédicule étant lié, nous le saisissons avec deux grandes pinces hémostatiques, immédiatement au-dessus des ligatures, puis nous le sectionnons, et nous l'abandonnons avec une pince dans la cavité abdominale, après l'avoir bien essuyé.

L'autre ovaire examiné est trouvé sain.

Nous retirons alors les éponges qui se trouvent dans l'abdomen. Nous procédons avec le plus grand soin à la toilette du péritoine. Celle-ci est facile, car il n'y a eu ni hémorrhagie, ni écoulement de liquide kystique dans la cavité du péritoine.

Le pédicule est alors retiré et examiné de nouveau. Le trouvant complètement exsangue, nous l'abandonnons définitivement dans la cavité abdominale, après avoir enlevé la pince. Nous introduisons ensuite une éponge plate pour recueillir le sang qui pourrait s'écouler lors du placement des points de suture.

Nous faisons six points de suture profonde en fil de soie phéniquée, en ayant soin de prendre un à un tous les tissus; détail très important si l'on veut obtenir une cicatrice solide.

Nous enlevons alors l'éponge, nous étalons l'épiploon, et nous lions les 4 points de suture inférieurs; puis nous exerçons quelques pressions sur les parois abdominales, pour chasser l'air qui pourrait s'être introduit, et nous lions les deux dernières sutures.

Le pansement que nous appliquons consiste en une bandelette de protective, passée à l'eau phéniquée, et de la gaze antiseptique double de mackintosh, maintenus par des bandelettes agglutinatives. Le tout est recouvert d'une couche d'ouate antiseptique fixée par un bandage de corps. Ce pansement doit rester huit jours, sauf indications spéciales. L'opération a duré une heure environ.

La tumeur présente les caractères anatomiques des kystes aréolaires de l'ovaire. Elle se compose de 5 loges dont 3 contenaient du liquide citrin, et 2 du liquide laiteux un peu visqueux.

La femme réveillée assez facilement est replacée dans son lit. Elle est un peu agitée et éprouve le besoin de tousser. Nous lui recommandons de faire son possible pour réprimer cette envie.

Avant l'opération, le pouls était à 72, la température à 36,5. En ce moment nous trouvons pour le pouls 75 et pour la température 36,4.

Au milieu du jour, repos assez calme. Un peu de toux. On donne une petite quantité de champagne à la malade.

Le soir. Pouls 80. Temp. 37.

La sonde introduite dans la vessie ramène une urine claire. Rien de particulier du côté du ventre. Toujours un peu de toux.

27 *juillet*, *matin*. Nuit assez bonne; un peu de sommeil. Pouls 80. Temp. 37,3. Rien à noter du côté de l'abdomen. Miction par cathétérisme.

Prescription: Un peu de champagne; quelques cuillerées de bouillon et de lait.

Soir. Pouls 90. Temp. 37,2. Respiration 30.

Journée assez bonne. Facies bon. Un peu de sommeil agité par des rêves. Transpiration légère. Langue un peu sèche. Soif assez vive.

Petites douleurs abdominales intermittentes. Céphalalgie légère. Un peu de toux, grasse, facile. Expectoration peu abondante et ne présentant rien d'extraordinaire. L'urine ramenée par la sonde est d'une abondance normale, un peu rouge. Ecoulement d'une petite quantité de sang par la vulve, comme si la femme commençait à être réglée.

28 *juillet, matin.* Pouls petit à 107. Temp. 37,8. Respiration 28. Sommeil un peu plus calme, surtout vers la matinée. Transpiration légère et continue. Facies moins bon que la veille. Langue sèche Urine assez rouge, d'une odeur forte. A part un peu de douleur, rien à noter du côté du ventre. La toux continue.

Prescription : Potion expectorante, bouillon, lait, un peu de champagne.

Soir. Pouls 114. Temp, 37,5. Respiration 28.

Pendant l'après-midi, l'agitation et les douleurs abdominales ont été presque continues. Pas de tympanisme. Langue assez sèche. Soif modérée. Facies un peu meilleur que le matin. L'urine ramenée par la sonde est rouge foncé. La toux persiste.

Examen de la poitrine. — Un peu de submatité à droite. Diminution sensible du murmure vésiculaire du même côté. Continuation d'un écoulement sanguin modéré par le vagin.

La potion kermétisée est continuée.

29 *juillet, matin.* Pouls petit à 140; temp. 39,1. Respiration 36. Nuit très agitée. Langue chargée et sèche. Soif plus intense. Point de côté. On n'entend plus le murmure vésiculaire à droite. Matité. Epanchement pleurétique assez considérable. Toux fatigante. Expectoration difficile. Urine rouge et trouble. Douleur abdominale presque nulle. Il s'écoule un peu de sang par le vagin. Le facies reste assez bon. La patiente n'a pas encore eu de garderobe.

Prescription : Potion expectorante kermétisée. Vésicatoire. Sulfate de quinine. Bouillon. Lait. Vin de quinquina.

Soir. Pouls 126; temp. 38,9. Respiration 36. Même état que le matin. On constate du côté de la poitrine du souffle; pas de râles. L'épanchement pleurétique s'étend aux 2/3 de la poitrine droite. Sueur visqueuse surtout le corps. Subdélire. La miction se fait seule depuis l'après-midi.

30 *juillet, matin.* Pouls 108. Temp. 38,8. Respiration 20; nuit moins agitée. L'état général est un peu meilleur que la veille. La langue est un peu plus humide. La soif a diminué. Pas le moindre douleur ab-

dominale. Du côté de la poitrine, à peu près même état que la veille. Toux assez fréquente mais plus facile. Sueurs diminuées.

Prescription : Potion kermetisée. Bouillon. Lait. Vin de quinquina. Lavement.

Soir. Pouls 120. Temp. 38.7. Respiration 25. Même état général que le matin. La femme a uriné deux fois. Urine trouble. Pas de selle malgré deux lavements. Un peu de douleur du ventre.

Du côté de la poitrine, on constate maintenant de la bronchophonie. quelques râles crépitants à l'inspiration. Crachats visqueux, peu aérés. L'écoulement sanguin par le vagin a cessé.

31 *juillet, matin*. Pouls petit à 120. Temp. 38,7. Respiration 24. Nuit mauvaise. Très peu de sommeil. Toux fréquente et pénible à cause d'un point de côté. Poitrine dans le même état. Toujours un peu de douleur du ventre au moment de la toux. A part cela, rien à signaler de ce côté. La malade a uriné deux fois seule, et elle a eu deux selles à la suite de l'administration d'un purgatif. Même traitement.

Soir. Pouls petit à 126. Temp. 38,8. Respiration 33, difficile. Facies assez bon. La femme a dormi tranquillement une heure, le matin. Toux des plus pénibles. Point de côté très douloureux donnant lieu à des secousses nerveuses. Egophonie dans la poitrine droite. Râles crépitants au sommet. Rien de nouveau du côté de l'abdomen. Même traitement, plus une potion contenant de la teinture decannelle, du quinquina et de l'opium.

1er *août, matin*. Pouls 114. Temp. 38,5. Respiration 30. Très peu de sommeil pendant la nuit. Langue toujours chargée. Du côté de la poitrine il y a de l'amélioration. La toux est plus rare et les crachats sont un pen plus aérés. Plus de point de côté. Rien du côté du ventre. Même traitement.

Soir. Pouls 110. Temp. 38.3. Respiration 24. La journée a été assez bonne. La femme se sent mieux. La langue est moins chargée. Une selle naturelle. Urine moins rouge. Rien à noter du côté de l'abdomen. La poitrine va beaucoup mieux, l'épanchement a diminué. Râles sous-crépitants au sommet. En résumé, il y a amélioration notable de l'état général et de l'état local.

Prescription : Potion expectorante et vin de quinquina. Lait. Bouillon.

2 *août, matin*. Pouls 98. Temp. 37,4. Respiration 24. Sommeil de quelques heures pendant la nuit. Facies bon. La langue se nettoie.

Urine belle. Du côté de la poitrine le mieux continue; la malade marche vers la guérison.

Le pansement est enlevé, et on trouve la plaie presque sèche. Le ventre est bien souple. Il y a réunion profonde. On enlève trois points de suture : le 2e, le 4e et le 6e, et on renouvelle le pansement de Lister. Même traitement, un peu plus de nourriture.

Soir. Rien de particulier. Pas de garde-robe.

3 *août*, *matin*. Pouls 108. Temp. 38,2. Respiration 25. Quelques heures de bon sommeil pendant la nuit. Etat général et local satisfaisant. Langue assez belle.

Soir. Pouls 96. Temp. 37,4. Respiration 24. Etat général assez bon. Du côté de la poitrine, il y a arrêt dans la guérison. Toux un peu plus fréquente, ayant amené quelques vomissements. Trois selles pendant la journée. Eruption de sudamina sur le cou et le devant de la poitrine. Rien du côté du ventre.

Prescription : Vésicatoire. Potion kermétisée. Jus de viande. Lait et bouillon. Vin en petite quantité. Vin de quinquina.

4 *août*, *matin*. Pouls 96. Temp. 37,7. Respiration 26. Sommeil tranquille pendant la nuit. Langue presque tout à fait nette. Appétit. Il y a de l'amélioration du côté de la poitrine. Même traitement.

Soir. Pouls 90. Temp. 37,5. Respiration 27. Le mieux continue. Miction normale ; une selle. Les trois dernières sutures sont enlevées. Bandage de corps.

5 *août*. Pouls 84. Temp. 37,4. Respiration 27. Plusieurs heures de sommeil. Etat général très satisfaisant. Etat local à peu près semblable à celui de la veille.

6 *août*. Pouls 96. Temp. 37,1. Respiration 26. Nuit bonne. L'épanchement pleurétique ne diminuant pas beaucoup, on applique un nouveau vésicatoire et on donne une potion diurétique. Une selle. Urine belle. Appetit assez bon.

Alimentation légère. Vin de quinquina.

7 *août*. Pouls 84. Temp. 37,5. Respiration 25. Nuit assez bonne. La poitrine va bien. La patiente se lève pour la première fois pendant une demi-heure. Appétit bon. Même traitement.

A partir de ce jour, la malade continue à marcher régulièrement vers la guérison. Ses forces reviennent et quelque temps après, complètement guérie, elle peut reprendre ses occupations.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Nœuds du cordon ombilical. Putrescibilité du fœtus dans la cavité intra-utérine. — Nous avons reproduit dans notre dernier numéro la discussion survenue entre MM. Guéniot, Depaul, Tarnier, Blot et Colin sur l'importance des nœuds du cordon ombilical comme cause de mort du fœtus. On se souvient que, dans le cours de la discussion, un médecin-vétérinaire d'Alfort, M. Colin, avait émis sur l'obstétrique humaine des théories qui furent vivement combattues par les accoucheurs de l'Académie. M. Colin avait soutenu, notamment, que le fœtus peut se putréfier dans la cavité utérine lorsque les membranes ne sont pas rompues et que l'œuf est intact.

Dans la séance du 11 janvier, M. Blot demande à présenter quelques observations sur une question *annexe*, en quelque sorte, de celle qui a été portée devant l'Académie par M. Guéniot. Il s'agit de la putrescibilité du fœtus dans la cavité utérine. Les opinions émises sur ce point par M. Colin (d'Alfort) dans la dernière séance sont tellement en opposition avec ce qui est admis depuis longtemps dans la science, que M. Blot n'a pu s'empêcher de protester, avec toute l'énergie dont il est capable, contre de pareilles assertions, absolument dénuées de preuves.

M. Blot met sous les yeux de l'Académie une série de dessins qu'il a recueillis pendant qu'il était chef de clinique dans le service de M. le professeur Paul Dubois.

On a affirmé que le fœtus mort dans le sein maternel pouvait se putréfier, les membranes étant restées intactes. M. Blot répond qu'il faut distinguer entre la putréfaction et diverses altérations que le corps du fœtus peut éprouver dans la cavité utérine.

Parmi ces dernières altérations, on a constaté surtout la macération, caractérisée par l'imbibition de tous les tissus, par de la sérosité sanguinolente, l'épanchement de cette sérosité dans les cavités, et enfin la coloration de *tous* les tissus, sans en excepter les os, par ce liquide.

Le cordon peut également être envahi par cette sérosité. Les dessins recueillis par M. Blot montrent les diverses altérations que le fœtus mort peut subir dans l'utérus sans se putréfier. Le corps du fœtus peut rester pendant un intervalle qui varie entre quinze jours et six mois et même davantage, sans éprouver les phénomènes de la putréfaction, à la condition que les membranes restent intactes.

Si le fœtus est mort à une époque peu avancée de la grossesse, tantôt il se dessèche, se momifie, en quelque sorte; tantôt, au contraire, il se dissout plus ou moins complètement dans le liquide amniotique.

Voilà ce que l'on peut lire dans tous les livres qui traitent de l'obstétrique dans l'espèce humaine. A ce point de vue, les auteurs vétérinaires ne pensent pas autrement. M. Blot cite en effet plusieurs passages du *Traité d'obstétrique vétérinaire* de Rainard, ouvrage publié en 1845, et dans lequel l'auteur admet parfaitement que les fœtus des animaux peuvent, après la mort séjourner pendant un temps, quelquefois très considérable, dans la cavité utérine, dans l'état d'intégrité des membranes, sans offrir le moindre signe de putréfaction.

M. Blot termine en faisant remarquer l'importance que ces faits peuvent avoir en médecine légale.

M. Depaul croit devoir ajouter quelques considérations à celles que M. Blot vient de présenter. Il tient M. Colin pour un grand physiologiste et pour un expérimentateur de premier ordre ; seulement, M. Colin a eu, suivant lui, le tort d'intervenir dans une question trop spéciale, qui ne regarde que les accoucheurs, les hommes du métier, pour ainsi dire,question que M. Colin n'a pas étudiée

M. Colin a voulu tendre la perche à M. Guéniot qui, d'ailleurs, n'en avait pas besoin, car M. Guéniot a montré qu'il était de force à se tirer d'affaire. M. Colin est donc venu en aide à M. Guéniot en affirmant que le fœtus mort pouvait se putréfier dans l'utérus, malgré l'état d'intégrité des membranes. Il en résulterait que, dans le cas dont M. Guéniot a présenté les pièces à l'Académie, la mort de l'un des fœtus s'expliquerait par une sorte d'empoisonnement dû à la putréfaction de l'autre fœtus, explication donnée par M. Guéniot. Mais il n'y a qu'un malheur dans cette explication, c'est que le fœtus dont les membranes sont intactes n'est pas capable de se putréfier et, par conséquent, de produire ce liquide prétendu empoisonné.

Aux faits communiqués par M. Blot, M. Depaul est en mesure d'en

ajouter un tout récent qu'il a observé dans son service à l'hôpital des Cliniques.

Il s'agit d'un enfant mort dans le sein maternel, peu de temps avant le terme de la gestation, et qui a été expulsé de l'utérus, 17 jours après la mort, sans présenter aucun signe de putréfaction.

La mère, jeune femme de 22 ans, très bien portante, d'ailleurs, se présente à la clinique, le 5 janvier dernier. Elle raconta que, le 24 décembre précédent, elle avait, tout à coup, sans cause connue, senti des mouvements tumultueux, comme convulsifs, de son enfant, puis ces mouvements avaient cessé et, depuis lors, elle n'avait plus senti remuer, l'enfant n'avait plus donné signe de vie.

Un examen très complet de la malade permit de s'assurer que l'enfant était réellement mort. Les battements du cœur ne pouvaient être perçus à l'auscultation pratiquée avec le plus grand soin soit par M. Depaul, soit par son chef de clinique, soit par les élèves qui suivaient la visite.

La palpation du ventre montrait que la vessie contenait peu de liquide, comme il arrive généralement dans les cas de mort du fœtus. On sentait une masse plus molle, moins résistante que dans les conditions ordinaires; en touchant le vagin on constatait la présence de la tête; mais, au-devant d'elle, on sentait une partie molle, comme une poche d'eau et d'une mobilité un peu insolite.

Enfin, un dernier signe caractéristique était donné par l'interrogatoire de la malade. Elle disait que, trois jours après les mouvements tumultueux perçus le 24 décembre, elle avait senti ses seins devenir plus durs et douloureux, puis se ramollir et devenir flasques; c'est là un caractère que l'on rencontre assez fréquemment chez les femmes dont l'enfant meurt peu de temps avant le terme de la grossesse.

M. Depaul met sous les yeux de l'Académie le corps de cet enfant expulsé hier, 10 janvier, 17 jours après sa mort dans le sein maternel et qui, cependant, ne présente aucun signe de putréfaction.

L'épiderme est enlevé dans un très grand nombre de points, les membres sont flasques, les os de la tête comme disloqués, les sutures et les fontanelles sont notablement élargies. Il existe sous la peau une tumeur qui n'est pas la bosse sanguine, mais le résultat de la formation d'une poche liquide dans le point le plus déclive du cadavre.

Le cordon à lui tout seul suffirait pour indiquer que l'enfant éta mort avant sa sortie de l'utérus. Il a un aspect noirâtre, rougeâtr dû à son infiltration par une sérosité sanguinolente, plus abondante sur le point le plus déclive de l'anse qu'il formait. Du reste, le petit cadavre n'exhale aucune odeur de putréfaction, comme on peut aisément s'en assurer, bien qu'il ait subi le contact de l'air depuis trente-six heures.

Tous les accoucheurs savent d'ailleurs, comme l'a déjà dit M. Blot, que les fœtus morts, peuvent séjourner plusieurs mois dans l'utérus dans l'état d'intégrité des enveloppes sans se putréfier et, par conséquent, sans faire courir le moindre danger soit à un fœtus jumeau contenu dans la cavité amniotique, soit à la mère.

Un grand nombre de faits de ce genre ont été réunis dans une thèse faite sous l'inspiration de M. Depaul et présentés en 1867 par un de ses élèves, le docteur Lempereur, mort depuis quelques années. C'est un travail très complet et très bien fait, où sont étudiés avec soin tous les points de la question qui s'agitent aujourd'hui devant l'Académie de médecine.

M. Depaul a eu l'occasion d'observer en ville une jeune femme qui a mis au monde un enfant arrivé à peu près à terme et dont le cordon, très aplati, présentait un nœud assez fortement serré. Les choses se sont passées très régulièrement, et l'enfant, venu au monde dans ces conditions, présentait un développement tout à fait normal. M. Depaul a très souvent du reste l'occasion d'observer des cas de ce genre; il a même constaté dans certains cas l'existence de plusieurs nœuds sur le même cordon, sans que les enfants aient paru en avoir souffert le moins du monde. M. Depaul ne pense donc pas que, dans le cas de M. Guéniot, la mort ait pu être produite par la présence d'un nœud sur le cordon; il ne pense pas non plus que cette mort puisse être attribuée à une hémorrhagie, le sang de l'enfant vivant ayant passé dans les vaisseaux placentaires de l'enfant mort. Cette nouvelle explication de M. Guéniot ne saurait être admise suivant M Depaul, par la raison que les vaisseaux du fœtus mort sont obstrués par des caillots sanguins empêchant toute communication du sang de l'enfant vivant dans les vaisseaux du mort.

M. Guéniot répond qu'il n'a rien affirmé relativement à la cause de la mort du deuxième enfant, dans l'observation qu'il a communiquée à l'Académie, avec présentation de pièces à l'appui. Est-il mort d'intoxication, ou d'hémorrhagie, ou par ces deux causes à la fois?

Il ne prétend rien affirmer, à ce sujet, d'une manière absolue. La seule chose qui lui paraisse certaine, c'est que le deuxième enfant a succombé par suite de la mort du premier. Il pourrait se faire qu'il y eût eu embolie précisément par suite de cette obstruction, dont parle M. Depaul, des vaisseaux de l'enfant mort. Le sang de l'enfant vivant a très bien pu, par son impulsion, entraîner quelque caillot capable de déterminer l'embolie.

La mort par hémorrhagie n'a d'ailleurs rien de contraire aux lois de l'anatomie et de la physiologie, comme le prétend M. Depaul. Si, comme cela a très bien pu arriver, les vaisseaux de l'enfant mort n'étaient pas obstrués par des caillots, il est possible que le sang de l'enfant vivant ait pénétré dans les vaisseaux de l'enfant mort, à travers le placenta, et déterminé ainsi la mort par une hémorrhagie d'une espèce toute particulière. Peut-être la mort a-t-elle été le produit de la réunion de ces diverses causes.

M. Colin, répondant aux critiques dirigées contre lui par MM. Blot et Depaul, dit que, dans le cas de M. Depaul, il n'y a pas eu putréfaction du fœtus; cela est de toute évidence. Mais il ne s'ensuit pas que, dans tous les cas, la putréfaction ne puisse avoir lieu. Les faits visés par M. Colin se rapportent, en effet, à des conditions toutes différentes. Dans le cas de M. Depaul, le col de l'utérus était hermétiquement fermé par un bouchon muqueux à travers lequel l'air ne pouvait pas pénétrer; il ne pouvait donc pas y avoir de putréfaction. Mais, dans les cas que M. Colin a eus en vue, il s'agissait d'animaux qui avaient mis bas un ou deux petits d'une même portée, puis l'expulsion s'était arrêtée; l'air avait donc pu pénétrer par le col utérin entr'ouvert; la putréfaction a pu ainsi commencer à la surface extérieure de l'œuf et se propager ensuite à l'intérieur. M. Colin ne se refuse nullement à admettre le fait de M. Depaul, mais il demande, à son tour, que ses contradicteurs veuillent bien admettre les siens, qui sont d'un ordre différent.

Présentation d'instrument. — M. Tarnier a proposé à l'Académie un instrument imaginé par M. F. Bousquet (de Marseille) et fabriqué par M. Colin (de Paris). — Cet instrument est destiné à faciliter la version quand on éprouve quelques difficultés pour amener les pieds en dehors de la vulve; il permet en effet de porter sur le pied un lacs detraction. C'est, en un mot, un *porte-lacs*, se composant d'une longue canule qui contient un lacs dont la boucle terminale, après avoir glissé sur le pied, des orteils vers le talon, doit saisir la jambe au-dessus des malléoles.

L'instrument de M. Bousquet vient grossir le nombre déjà considérable des porte-lacs imaginés depuis Smellie par les accoucheurs de toutes les nations, ceux de Belgique en particulier.

« Ce que l'on peut reprocher au porte-lacs de M. Bousquet, dit M. Tarnier, c'est que la boucle qui doit saisir le pied est aplatie par les parois des voies génitales, et qu'il n'est pas facile d'y engager les orteils. En cela il est inférieur à beaucoup d'autres porte-lacs, notamment à celui de M. Hyernaux (de Bruxelles), que je considére comme l'un des meilleurs.

« Pour moi, quand je veux placer un lacs sur le pied, je me sers tout simplement de la main. Je place sur l'extrémité de mes doigts un nœud coulant que je pousse jusqu'au pied à saisir. Mes doigts réunis en forme de cône et entourés par le susdit nœud coulant, saisissent le pied par les orteils, s'écartent petit à petit et, par quelques mouvements de l'extrémité des doigts, font pénétrer le pied et le bas de la jambe dans la main. Le lacs se trouve ainsi porté au-dessus des malléoles et, quand on tire sur les chefs de ce lacs, la jambe est serrée par le nœud coulant. Dans cette petite manœuvre, qui demande une certaine habileté et surtout de la patience, les doigts et le lacs qui les entoure glissent en quelque sorte sur le pied comme la gueule d'un serpent glisse sur la proie qu'elle engloutit.

Il peut se faire que, dans quelques cas exceptionnels, la main soit insuffisante, et peut-être alors un porte-lacs pourrait être utile. Celui de M. Bousquet pourra donc rendre quelques services quand il aura été perfectionné.

Election. — Nous sommes heureux de signaler le succès obtenu dans la séance du 25 janvier par M. le Dr Daremberg, de Menton, qui a été élu membre correspondant national de l'Académie de médecine.

(*Séances du* 11 *et du* 18 *janvier* 1881.)

A. Lutaud.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Rétention d'urine survenue au troisième mois de la grossesse ; rétroversion utérine, par M. Cauvy, de Béziers (Rapport verbal, par M. Duplay). — Il s'agit d'une femme de 35 ans, arrivée au 3e mois

de sa sixième grossesse. A la suite de fatigues plus grandes que d'ordinaire, elle éprouva des envies fréquentes d'uriner, du ténesme vésical et des douleurs après la miction. Bientôt tous les phénomènes s'aggravèrent et le ventre se développa d'une manière anormale. On lui affirmait qu'elle accoucherait bientôt, lorsqu'elle vint consulter M. Cauvy. Celui-ci trouva en effet que le développement du ventre simulait une grossesse très avancée. Il existait dans le ventre une tumeur ovoïde, remontant au-dessus de l'ombilic, fluctuante, douloureuse à la pression, laquelle pression occasionnait immédiatement une recrudescence dans les besoins d'uriner. Par le toucher, on sentait la masse utérine en rétroversion, et le museau de tanche porté en avant et très bas. Depuis huit jours la malade ne pouvait expulser que quelques gouttes d'urine et cela avec les plus grands efforts. Elle était obligée de se tenir courbée en avant, afin de diminuer la tension de l'abdomen. M. Cauvy pratiqua immédiatement le cathétérisme au moyen d'une sonde molle. Il s'écoula deux litres et demi d'urine, et tous les accidents cessèrent. La femme put reprendre ses habitudes de travail au bout de quelques jours. L'utérus, qui était en rétroversion, reprit sa place et la grossesse suivit son cours sans encombre.

M. Gueniot. — La rétroversion pendant les premiers mois de la grossesse produit, comme premier phénomène, la rétention d'urine ; et la rétention d'urine une fois établie augmente la rétroversion. L'évacuation de la vessie donne une grande importance au point de vue de la réduction de l'utérus rétroversé.

Dr R. Chenet.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES.

De la gangrène des tumeurs ovariques par torsion du pédicule et de son traitement par l'ovariotomie immédiate.

Tel est le titue d'un important Mémoire communiqué à la Societé obstéricale de Londres. Dans sa séance du 3 mars, (le Dr Playfair président) par M. Lawson Tait (Lancet. 27 mars 1830). Quatre cas furent traités avec succès par l'ovariotomie immédiate. Le premier cas de l'espèce, observé par l'auteur, se rapporte, à une femme âgée de 48 ans, qu'il

avait opérée d'une hernie fémorale étranglee vraisemblablement depuis deux jours. La malade mourut en cinq jours. L'autopsie révéla une petite tumeur de l'ovaire, qui n'avait point été reconnue pendant la vie. Elle était noire et gangrenée par suite de la torsion du pédicule. Sur les trois autres cas rapportés, à la Société obstétricale de Londres, le premier était celui d'une femme de 46 ans. En mars dernier, l'auteur avait diagnostiqué une petite tumeur monokystique, probablement parovarienne.

Le 9 juin, la malade revint consulter de nouveau. La tumeur avait beaucoup grossi et produisait des douleurs abdominales aiguës. L'ovariotomie fut immédiatement pratiquée, et l'auteur trouva que le kyste était d'un noir perlé, adhérant de tous points par une lymphe récente. Le pédicule était tordu trois ou quatre fois. La malade se guérit sans aucune rechute, bien que l'on n'eût employé aucune précaution listérienne. Le second cas se rapporte à une femme âgée de 30 ans, qui avait remarqué un embonpoint graduel depuis neuf mois.

Subitement, le 6 novembre, elle ressentit de violentes douleurs dans l'abdomen, suivies d'incessants malaises. On pratiqua l'ovariotomie, le 17 novembre et on prit toutes les précautions listériennes. La tumeur était d'un rouge foncé friable, et universellement adhérente par de récentes adhérences. L'hémorrhagie fut arrêtée par une application de perchlorure de fer. Le pédicule était tordu deux fois. La malade guérit. Le troisième cas était celui d'une femme âgée de 36 ans, qui n'avait pas eu ses règles depuis dix-sept semaines, mais qui avait remarqué un développement trop rapide de l'abdomen pour qu'on pût penser à une grossesse ordinaire. Des douleurs abdominales aigues suivies de malaises se déclarèrent le 11 novembre.

L'ovariotomie fut immédiatement pratiquée. On reconnut à l'inspection de l'utérus qu'il s'agissait d'une grossesse avancée au quatrième mois. La tumeur était constituée par un kyste parovarien du côté droit, et d'un noir perlé; le pédicule était tordu trois fois. Les précautions listériennes furent prises, et la malade obtint une guérison plus rapide dans le second cas, mais moins complète que dans le premier. On n'observa aucun symptôme de fausse couche. Dans ces trois cas, la tumeur siégeait du côté droit, et le pédicule était tordu de dedans en dehors et sur le côté droit. De l'étude de ces trois faits l'auteur établit une théorie concernant la cause de la rotation qu'il attribue principalement à cette double fonction du rectum

qui consiste à se remplir et à se vider alternativement. Les matières fécales descendant du rectum agiraient par leur propre poids, et cette force aurait plus d'effet dans le cas de tumeur siégeant du côté droit.

M. Kngwsley Thornton, relate plusieurs cas dans lesquels, en pratiquant l'ovariotomie, il avait trouvé la tumeur gangrénée par la torsion du pédicule. Il convient avec l'auteur que l'ovariotomie doit être immédiatement pratiquée quand des symptômes conduisent à soupçonner l'existence d'un semblable état.

Dans quelques cas cependant, la tumeur gangrénée étant débarrassée de toute influence septique, restait sans aggravation pendant un temps considérable.

M. Spencer Wells pense qu'il était facile d'expliquer la rotation de la tumeur par des changements de position de la malade.

On a souvent trouvé quelques torsions sans pour cela que la gangrène se soit manifestée. Il a vu deux malades qui moururent subitement d'une hémorrhagie considérable qui s'était produite à l'intérieur du kyste, bien qu'il n'y ait pas eu rupture ; les pédicules ont été trouvés tordus. L'année dernière il a extrait, par l'ovariotomie, un kyste gangrené par la torsion du pédicule, et que l'on avait supposé être de nature maligne à cause de la pâleur de la malade. Elle guérit parfaitement.

Le Dr Bantock a récemment rencontré deux cas dans lesquels on trouva de petites tumeurs ayant les pédicules tordus. Les deux tumeurs étaient adhérentes, et les deux malades avaient été prises de douleurs subites suivies des symptômes de péritonite. Il croyait que la torsion ne produisait aucun symptôme, mais que les douleurs indiquaient la rupture d'un vaisseau sanguin.

Le Dr Heywood Smith pense que, non seulement l'ovariotomie doit être pratiquée aussitôt qu'il est possible de diagnostiquer l'étranglement d'une tumeur de l'ovaire, mais, étant donnée une tumeur de cette sorte, l'opération doit être faite alors qu'il n'y aurait pas de douleurs. La même théorie que celle de M. Lawson Tait sur la cause de la rotation s'est présentée à son esprit.

M. Alban Doran dit que la théorie de M. Tait en ce qui concerne les causes de la torsion est d'accord avec ses propres idées basées sur des expériences faites à l'amphithéâtre.

Que la torsion soit progressive ou non, elle dépend de la longueur et de l'élasticité du pédicule.

M. Lawson Tait, répondant aux observations de ses collègues, dit

qu'il espérait que M. Thornton et M. Wells voudraient bien publier leurs observations avec des détails. La rotation ne pourrait pas être accidentelle, selon M. Wells, si la grande majorité des tumeurs tordues étaient du côté droit, et si la torsion était dans une direction spécifique.

REVUE DES JOURNAUX.

Prolapse of the ovaries (prolapsus des ovaires), par Paul MUNDÉ. — Le prolapsus des ovaires est plus commun qu'on ne le pense ; il passe très souvent inaperçu parce qu'on le connaît mal ou qu'on ne le cherche pas.

Il en existe quatre variétés :

1° Rétro-latérale ;

2° Rétro-utérine ;

3° Anté utérine ;

4° Dans l'infundibulum de l'utérus inverse.

Les causes les plus connues sont, par ordre de fréquence.

1° Hypertrophie des ovaires ;

2° Déviation de l'utérus ;

3° Relâchement des ligaments de l'utérus et de l'ovaire ;

4° Adhérences résultant d'inflammations antérieures ;

5° Chocs et ébranlements soudains de tout le corps;

6° Pression de haut en bas par des tumeurs intra-abdominales.

Les symptômes sont locaux et généraux et diffèrent selon que l'ovaire est à l'état normal ou enflammé.

Dans le premier cas, on constate dans chaque aîne une sensation d'arrachement, se propageant jusque dans les cuisses et même quelquefois plus bas, de la pesanteur dans le bassin, de la sacralgie, une douleur dans les hanches et des névralgies avec irradiations dans les aines et les cuisses ; une douleur sourde pendant le coït avec difficulté de la défécation.

Les symptômes généraux consistent en une exagération de l'irritabilité nerveuse analogue à ce que l'on observe pendant la période menstruelle.

Le prolapsus des ovaires hypertrophiés donne lieu à des symptômes d'une intensité bien plus grande. Les douleurs deviennent térébrantes

quelque fois lancinantes, il y a du ténesme rectal alternant avec de la constipation ; pendant le coït, les souffrances sont généralement très grandes. Aux approches des périodes menstruelles tous ces symptômes sont naturellement encore augmentés. Lorsqu'il vient s'y joindre une inflammation aiguë de l'ovaire, on constate de la fièvre.

On a même noté dans quelques cas des troubles nerveux tels que des attaques épileptiformes.

Le diagnostic se fait par le toucher vaginal. On constate sur le côté et un peu en arrière de l'utérus un petit corps aplati, mobile et légèrement sensible : en le faisant glisser sous le doigt, contre le sacrum, on peut apprécier sa surface, sa forme et ses dimensions. Si l'ovaire est enflammé, on a la sensation d'un corps de la grosseur d'un œuf de poule ou de pigeon, qui est très sensible à la pression.

On pourrait confondre le prolapsus de l'ovaire avec une tumeur fibreuse sous-péritonéale, la présence de scybales dans le rectum ou le fond de l'utérus en rétroversion. Avec un peu d'attention on arrivera facilement à faire le diagnostic différentiel, soit par le toucher vaginal soit par le toucher rectal, combiné à la palpation abdominale.

Le traitement consiste, s'il y a de l'ovarite, à traiter d'abord l'inflammation existante, puis à replacer les ovaires dans leur position normale, et à les y maintenir à l'aide d'un pessaire approprié à chaque cas particulier. S'il y avait un prolapsus utérin on le réduirait d'abord, et souvent le prolapsus des ovaires se trouverait réduit en même temps. (*Gynecological transactions*, IV. New-York, 1880.)

Dr Paul RODET.

Fibro-sarcome de l'utérus, par le Dr J. BYRNE. — Le Dr Byrne rapporte l'observation d'une femme qu'il a opérée à l'aide du galvanocautère d'une tumeur fibro-sarcomateuse intra-utérine. A la suite de cette opération la malade fut guérie, elle ne présenta plus d'accidents tels que douleur, métrorrhagies, etc., qui l'avaient décidée à se faire opérer. Au bout de trois mois il n'y avait pas trace de récidive.

A l'appui de cette observation, le Dr Byrne présente des coupes microscopiques de la tumeur, et ce qu'il considère de plus remarquable, c'est qu'il ne peut découvrir aucune trace de capsule entourant la tumeur ; c'est, dit-il, le premier cas de cette sorte qu'il ait rencontré. (*Annales de la Société d'anatomie de Brooklyn*, vol. II, 1880.)

Dr Paul RODET.

Kolpo-cystotomy by electro-cautery, by John Byrne. — L'opération de la cystotomie dans le traitement de l'inflammation de la vessie est une opération toute américaine, au perfectionnement de laquelle le Dr Byrne a contribué par l'invention de sa pince-guide vésico-vaginale Cet instrument se compose de deux branches dont l'une qu'on introduit dans l'urèthre, est munie d'une rainure, et dont l'autre, qui pénètre dans le vagin, est percée d'une ouverture de même dimension que la rainure de la branche supérieure.

Les deux branches sont appliquées l'une contre l'autre et maintenues au moyen d'un ressort. On établit le courant, et le couteau électrique introduit dans l'ouverture de la branche vaginale suit dans toute sa longueur la rainure de la branche vésicale qui lui sert de guide. On obtient ainsi une ouverture longue, étroite et faite comme à l'emporte-pièce.

Les soins consécutifs n'ont rien de particulier. Une fois par mois on examine les bords de la fistule pour voir s'il ne s'y forme pas d'incrustations calcaires et on s'assure de la persistance de l'ouverture en y introduisant une sonde.

Dans le traitement de la cystite chronique, le Dr Byrne, repousse toutes les injections et se borne à cette opération, qui lui a rendu des services signalés. (*Gynecological transactions*, vol. IV, 1880.)

Dr Paul Rodet.

Treatment of post-partum hemorrhage. (Traitement de l'hémorragie post-puerpérale, par Engelman. — Le traitement de l'hémorrhagie post-puerpérale doit être distingué en préventif et en curatif. Le traitement préventif dans les cas ordinaires consiste dans l'observance la plus rigoureuse de toutes les règles de l'accouchement.

Quand le travail est commencé et que l'on soupçonne qu'une hémorrhagie pourra se produire après la délivrance, il faut soutenir les forces de la patiente en lui donnant des boissons alcooliques, d'une façon modérée cependant, car l'abus de l'alcool pendant le travail est une des causes qui favorisent la production de l'hémorrhagie. Si le col est dilatable ou dilaté suffisamment, on rompra les membranes. Quand la tête commencera à distendre le périnée on donnera une pleine dose d'ergot et on appliquera le forceps si l'expulsion tarde à se faire. On fera la délivrance d'après la méthode de Crédé.

Mais quand l'hémorrhagie s'est produite, il faut avoir recours aux

différents moyens qui constituent le traitement curatif. Il arrive souvent qu'une hémorrhagie se produit au moment où on s'y attend le moins et où l'on n'a rien préparé pour la combattre ; on doit alors dans ce cas intervenir de la manière suivante. Si la vessie était distendue par l'urine, il faudrait la vider, car souvent cette distension est un obstacle aux contractions de l'utérus, et quelquefois après l'évacuation de l'urine on voit survenir des contractions régulières qui mettent fin à l'hémorrhagie; si cela ne suffit pas, on devra chercher à solliciter les contractions utérines. Pour cela on frictionnera le fond de l'utérus avec de la glace ou avec la main qu'on aura plongée dans l'eau froide.

Si le sang continue à couler, on ne devra pas hésiter à introduire une main dans la cavité utérine; enlever les caillots qui y sont contenus et solliciter les contractions en irritant les parois avec le pouce. Si cela ne réussit pas, on introduira une poignée de glace ou de neige ou ce qui vaut mieux, on fera des injections d'eau chaude. Si tous ces moyens ont échoué, ils auront eu l'avantage de nettoyer l'utérus qui se trouve dans les meilleures conditions, pour être badigeonné avec une solution de perchlorure de fer, qui d'après l'auteur, est le moyen le plus efficace pour arrêter l'hémorrhagie. On se sert pour cela de tampons d'ouate imbibée de perchlorure de fer qu'on introduit dans la cavité utértne au moyen d'une pince ; avec lesquels on badigeonne les parois de la matrice jusqu'à ce que l'hémorrhagie ait cessé. Tel est le moyen que préconise le Dr Engelman c'est celui qu'il emploie dans les cas pressants quand il n'y a pas de temps à perdre à essayer les autres méthodes. Cependant il n'exclut pas les autres moyens employés jusqu'alors et il accorde une grande confiance aux injection intra-utérines d'eau chaude, et aux injections hypodermiques d'ergotine ou d'éther. (*Transactions of the southern illinois medical association, held at cairo, ill.*, 22 janvier 1880.)

VARIÉTÉS

De la création de services d'accouchements dans les hôpitaux. — Depuis un certain temps la question de la création de services d'accouchements dans les hôpitaux est à l'ordre du jour, et mérite de fixer notre attention.

Comme dans cette question nous sommes dégagé de tout intérêt personnel, attendu que nous n'avons nulle intention de profiter des places qui pourraient être mises au concours, nous pouvons dire en toute liberté ce que nous pensons. La question présente à envisager deux points principaux, d'un côté l'opportunité de la création, de l'autre la question de savoir à qui l'on doit confier ces services.

Pour ce qui est de la première question, elle ne fait de doute pour personne et tout le monde semble d'accord pour admettre que des services spéciaux doivent être inaugurés dans les hôpitaux.

Les services d'accouchements des hôpitaux actuellement au nombre de onze, sont confiés pour trois d'entre eux à des chirurgiens des hôpitaux, ce sont: la Maternité, l'hôpital des Cliniques, et la Maternité de l'hôpital Cochin, les huit autres services sont dirigés par des médecins des hôpitaux.

Les services d'accouchements annexés aux services de médecine sont dirigés ordinairement par le médecin le dernier arrivé dans l'hôpital.

Comme ce service est en général le moins bien aménagé, il en résulte que le chef de service attend avec impatience qu'un mouvement se produise dans l'hôpital pour abandonner ses salles et en obtenir qui lui soient plus agréables. Ce mouvement se produisant ordinairement tous les ans, le service d'accouchements ne reste le plus souvent qu'une année entre les mains du même médecin.

Le service d'accouchements étant une annexe du service général ne fixe guère l'attention du chef de service, comme nous avons été à même de nous en convaincre par nous-même, dans trois services que nous avons suivis pendant notre passage dans les hôpitaux. Nous avons toujours vu nos chefs de service, des hommes fort honorables et très érudits, entrer à peine quelques minutes dans la partie du service consacrée aux accouchements. Les opérations qui ont été pratiquées, l'ont été le plus souvent par l'interne du service, et en dehors du contrôle du chef de service.

D'autres fois lorsqu'un accouchement difficile se présente dans ces services annexés, on va quérir aussitôt l'un des chirurgiens chargés de l'un des trois services d'accouchement que nous avons indiqués en commençant cette note, quelquefois même un accoucheur étranger aux hôpitaux.

C'est ainsi que notre vénéré maître Pajot a été plusieurs fois appelé, pour terminer des accouchements difficiles, et notre maître déclare avoir opéré non en l'absence du chef de service, mais en sa *présence*

ce qui prouve que le chef de service se reconnaissait incompétent puisqu'il a cru devoir recourir aux lumières d'un collègue plus expert.

Voilà pour l'intérêt des malades.

Si nous envisageons maintenant les élèves, nous avons constaté que pour la plupart ils profitaient bien peu du service d'accouchements annexé. Le chef de service délaissant ordinairement les accouchements aux mains de son interne, n'attire guère les élèves dans la partie du service consacré à l'obstétrique. Ces jeunes gens se sentant libres se hâtent de quitter l'hôpital et la plupart du temps une opération qui va devenir nécessaire, et qui aurait pu être pour eux un enseignement utile se passe à leur insu.

Les trois services spéciaux qui existent actuellement. La Maternité l'hôpital des Cliniques, la Maternité de l'hôpital Cochin sont tout à fait insuffisants eu égard au nombre considérable d'étudiants qui fréquentent les hôpitaux.

A l'hôpital des Cliniques les jeunes gens sont de garde à tour de rôle et quand ils ont passé six mois dans l'hôpital ils n'ont vu le plus souvent qu'un petit nombre d'accouchements naturels. La Maternité n'est ouverte qu'à l'interne de service. La maternité de Cochin, n'est ouverte qu'à un petit nombre d'élèves qui ne peuvent séjourner dans les salles après le départ du chef de service.

La création de services d'accouchement n'eut-elle pour résultat que de créer des centres nombreux d'instruction, que par cela seul nous en serions partisans.

Il nous reste à envisager la question de savoir à qui l'on confiera les services.

M. Humbert (1) d'accord avec nous sur l'opportunité d'une réforme, pense que les services d'accouchements des hôpitaux pourraient passer avantageusement des mains des médecins dans celles des chirurgiens.

Admettons pour un moment cette proposition. Comment se réalisera-t-elle dans la pratique ?

Le service d'accouchement de l'hôpital sera-t-il annexé au service de chirurgie, ou un chirurgien sera-t-il désigné pour s'occuper exclusivement de ce service ?

Dans le premier cas, la besogne du chirurgien sera nécessairement au-dessus de ses forces, les services de chirurgie de nos hôpitaux suffisant amplement à occuper l'activité du chirurgien pendant une à deux heures.

(1) *Union médicale*, 25 janvier 1881.

Dans la seconde hypothèse, celle d'un chirurgien spécialement chargé du service obstétrical, il faudra de toute nécessité augmenter le nombre des places de chirurgien du bureau central.

Or, la nécessité de cette augmentation de places étant admise, nous pouvons nous demander quelle raison il y aurait de confier les nouvelles places à des chirurgiens plutôt qu'à des accoucheurs. En réalité nous ne la voyons pas.

Il nous semble au contraire que ceux que leur goût ou leurs études spéciales ont portés du côté de l'obstétrique pourront diriger avec toute la compétence désirable les services qui leur seront confiés, mais nous voulons que le concours qu'ils seront obligés de subir soit en tous points égal à celui des chirurgiens et des médecins des hôpitaux. Celui des *médecins* comporte : anatomie, physiologie, pathologie, clinique *médicales*. Celui des *chirurgiens*, anatomie, physiologie, pathologie, opérations, clinique *chirurgicales*. Celui des *accoucheurs* comportera: anatomie, physiologie, pathologie, opérations, clinique *obstétricales*.

Comme conclusions nous dirons ;

1° Que la création de services d'accouchements dans les hôpitaux, est absolument urgente ;

2° Qu'il est indispensable de confier ces services à des accoucheurs.

A. LEBLOND.

Sur une anomalie de composition d'un lait de femme. — Le fait sur lequel j'appelle l'attention est celui-ci : une proportion extrêmement faible et tout à fait anormale des phosphates dans un lait de femme que j'ai analysé. Les autres éléments : la caséine, le beurre, le sucre étaient dans une proportion moyenne. Quant à ses caractères physiques, ils ne laissaient rien à désirer et le médecin qui, comme autrefois, se fût contenté pour l'apprécier de l'*examen à l'œil nu*, eût trouvé excellent ce lait dont l'élément le plus essentiel faisait presque défaut.

Je ne cite ce fait que parce que je suis persuadé que cette pauvreté en phosphates dans un lait considéré comme d'excellente qualité est moins rare qu'on ne l'imagine, que la plupart du temps elle passe inaperçue et que souvent elle permettrait au médecin d'expliquer

chez l'enfant au sein certains troubles dans sa nutrition et son développement.

En effet, l'habitude est d'apprécier la qualité d'un lait d'après sa richesse en beurre ; un lait en contient-il une proportion suffisante, il est réputé bon ; est-il trop pauvre en matière grasse, il est rejeté. Dans l'analyse du lait, on a suivi cette manière de voir ; on s'est appliqué surtout à doser le beurre ; pour ce dosage, les procédés et les appareils ont été multipliés. On a le crémomètre le butyromètre, le lacto-butyromètre, le lactoscope. Enfin, plus récemment, le microscope, à l'aide duquel M. Bouchut a indiqué le moyen de déterminer la proportion de beurre d'après le nombre des globules ; ce procédé très ingénieux et commode, puisqu'il n'exige qu'une goutte de lait pour en faire l'analyse, repose, comme tous les autres, sur cette idée fausse, à mon avis, à savoir : que la qualité d'un lait, comme aliment, est en raison directe de la proportion de beurre qu'il renferme.

Je pense qu'il est plus rationnel d'apprécier un lait d'après les deux éléments qui dans la nutrition jouent le principal rôle : les phosphates et la caséine, et de s'appliquer à les doser ; cela me semble d'autant plus nécessaire, quand il s'agit du lait de femme destiné à l'alimentation exclusive de l'enfant, car il importe moins pour l'enfant au sein, de trouver dans sa nourriture du beurre et du sucre en abondance que des phosphates qui formeront son squelette et de la caséine qui formera ses muscles. Cet enfant nourri ainsi d'un lait riche en beurre et prétendu excellent pourra même augmenter du poids de 250 grammes environ en dix jours ; et, en réalité, son apparence de santé pourra souvent être trompeuse ; son corps sera mou et sans consistance et on pourra le voir dépérir tout à coup sans cause apparente.

L'analyse est seule capable d'éclairer le médecin ; elle doit être complète et comprendre non seulement le dosage du beurre, mais avant tout celui des deux éléments principaux : les phosphates et la caséine.

Le procédé que j'ai suivi dans l'analyse dont je parle, est celui que M. Adam a fait connaître dernièrement, il a l'avantage sur les autres procédés de séparer d'une façon plus parfaite les divers éléments du lait et d'en permettre rapidement l'analyse.

Pour doser la caséine, le beurre, le sucre, le résidu solide, 10 centilitres de lait suffisent. Quant au dosage du phosphate, en raison de

leur faible proportion dans le lait, j'opère sur 50 centilitres de lait; le lait coagulé par quelques gouttes d'acide acétique est évaporé à siccité, le résidu est calciné en présence de la potasse dans un creuset d'argent, la matière est reprise par de l'eau, neutralisé, et après addition d'acétate de soude, ou dans l'acide phosphorique à l'aide d'une solution saturée d'acétate d'urée.

Cette analyse présente l'inconvénient d'exiger un échantillon de 50 à 60 centilitres de lait, on est loin de la goutte de lait, suivant le procédé Bouchut, mais cet avantage me semble compensé par les avantages obtenus. Je conseille de prélever cet échantillon du lait en plusieurs fois dans le courant de la journée de façon à fournir un lait d'une composition moyennne.

En terminant, je pourrai me résumer et conclure ainsi :

Un lait de femme peut être très pauvre en phosphate et constituer pour l'enfant un aliment incomplet tout en étant riche en beurre et tout en paraissant d'excellente qualité.

L'analyse seule peut mettre en évidence ce fait ; cette analyse doit être complète et comprendre outre le dosage du beurre celui des deux éléments principaux : les phosphates et la caséine.

Il existe un procédé nouveau d'analyse du lait, le procédé Adam qui permet de déterminer les divers éléments du lait en trois ou quatre heures.

E. Godin, pharmacien.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

(GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE)

Endocardite fœtale reconnue avant la naissance par la constatation d'un bruit de souffle au premier temps ; mort de l'enfant pendant l'accouchement ; endocardite du cœur droit ayant déterminé une insuffisance tricuspidienne ; énorme hypertrophie cardiaque portant principalement sur les cavités droites, par M. Barth. (*France médicale*, 5 juin 1880.)

Des abcès péri-utérins et de leur ouverture spontanée, par Béguin. (Thèse de Paris, 1880.)

Inversion partielle de l'utérus pendant l'accouchement, fibromes péritonéaux, par SCHNEIDER. (*Wien. med. Presse*, n° 6, 1880.)

Allongement hypertrophique du col de l'utérus, par TRÉLAT. (*Gazette des hôpitaux*, n° 83, 1880.)

Relation de cinq fistules urinaires chez la femme, dont une urétéro-utérine et une urétéro-vaginale, par HAHN (*Berliner klin wochenschrift*, n° 27, p. 398, 7 juillet 1879.)

Tuberculose miliaire aiguë de l'utérus, par SABINE (*Boston med. and surgical Journal*, 7 août 1879.)

De la rupture artificielle de la poche des eaux dans le placenta prævia partiel, par KUCHER. (*Wien. med. Presse*, n° 19, 1880.)

Contribution à l'étude de la grossesse intra-utérine, par COHNSTEIN. (*Archiv für gynäkologie*, Bd. XIII, Heft. 3, 1880.)

Du mode de nutrition et du processus régressif dans les tumeurs de l'abdomen, par HOFMEIER. (*Zeitschrift für geburtshülfe und gynäkologie*, Bd. V, Heft. 1, p. 96, 1880.)

Sur les fistules de la vessie et du col utérin, par A. MARTIN. (*Zeitschrift für Geburtshüge und gynäkologie*, Bd. IV, Heft. 2. p. 231, 1879.)

Cas de fistule vésico-vaginale coïncidant avec une fistule de l'intestin grêle et du vagin, par DAHLMANN. (*Archiv für gynäkologie*, Bd. XV, Heft. 1, p. 122, 1879.)

Ovarite double suppurée, vaste poche purulente rétro-utérine, par PARISE. (*Bulletin médical du Nord*, février 1880.)

De la coccygodynie. — Leçon faite au collège médical de Chicago, par Edwards JENKS. *Medical Record of New-York*. vol. XVII, n° 16, 1880.

Traitement mécanique de la cystocèle et de la procédure de l'utérus, par E. GEHRUNG. — *American Journal of obstetrics*. vol. XVII, n° 3, juillet 1880.

Epoque de la conception et durée de la grossesse, par ENGELMANN. *Saint-Louis courrier of medical*, mai 1880.

Le gérant : A. LEBLOND.

Paris. — A. Parent, imp. de la Fac. de méd., r. M.-le-Prince, 29-31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Mars 1881.

TRAVAUX ORIGINAUX

DOUBLE INSERTION VÉLAMENTEUSE DU CORDON DANS UN CAS DE GROSSESSE GÉMELLAIRE. CAUSES DE L'INSERTION VÉLAMENTEUSE

Par le Dr A. Thevenot.

L'insertion du cordon sur les membranes se rencontre peut-être une fois sur cinq cents dans la grossesse simple. Hyrtl (*Les vaisseaux du placenta humain à l'état normal et pathologique*, Vienne, 1870.) a trouvé l'insertion marginale ou vélamenteuse (très voisine alors du placenta) relativement fréquente dans les cas de grossesse multiple à placenta unique ou à placentas soudés. Il nota cette disposition, pour un des cordons, dans cinq cas de grossesse trigémellaire. L'atlas de Hirtl est

surtout l'œuvre d'un anatomiste. On y trouve étudiées avec un soin méticuleux les moindres particularités que peuvent présenter les vaisseaux ombilicaux, mais le côté clinique et même physiologique est quelque peu laissé dans l'ombre, et la confusion qu'il fait fréquemment entre les insertions marginales et vélamenteuses, en est une preuve. Cette réserve faite, il est incontestable que Hirtl fait autorité en cette matière, et comme on ne trouve signalé dans son atlas aucun exemple de grossesse gémellaire présentant une double insertion vélamenteuse très éloignée du placenta, le fait suivant offrirait déjà quelque intérêt par sa rareté même. Il en offrirait bien davantage, s'il m'avait donné l'occasion de mettre à la place d'hypothèses peu admissibles une explication plus physiologique et plus claire des causes de l'insertion du cordon sur les membranes.

La seconde partie de l'observation suivante, que je dois à l'obligeance de mon ami le D[r] H. Napias, a été à dessein abrégée, parce qu'elle ne se rattache qu'indirectement à notre sujet. Quant à l'accouchement même, à l'hémorrhagie qui accompagna ou suivit le travail, j'en donne les détails sous toutes réserves, car il me fut impossible de les obtenir de la sage-femme qui assistait la patiente, effrayée qu'elle fut sans doute de la responsabilité qui lui incombait :

Madame X..., âgée de 23 ans, d'une santé habituellement bonne, réglée depuis l'âge de douze ans et très régulièrement, mariée en 1875, accoucha en 1876 d'un garçon bien portant. Onze mois après, en 1877, nouvelle grossesse, que le grand volume du ventre et des syncopes fréquentes rendent plus pénible que la première. A sa connaissance, pas plus dans sa famille que dans celle de son mari, il n'y a eu de grossesse gémellaire. Le travail commença le 6 octobre à 10 heures du matin; la sage-femme qui l'assiste donne dans la soirée un paquet de poudre d'ergot de seigle et à 11 heures du soir la patiente accouche d'un garçon bien portant qui se présente par le siége. La quantité d'eau qui s'écoula fut énorme, peu de sang. La sage-femme, qui avait prévenu le père de l'existence

d'un second enfant, n'exerça aucune traction sur le cordon.

A 4 heures du matin, après *quelques manœuvres* et l'administration de deux paquets de seigle ergoté, naquit un deuxième garçon en présentation du siège et qui ne donna pas signe de vie. Dix ou quinze minutes plus tard, la sage-femme exerça des tractions sur les deux cordons réunis qui lui restèrent dans la main. C'est à partir de ce moment que la perte de sang, peu abondante jusque-là, serait devenue inquiétante. La sage-femme n'intervint qu'en introduisant de temps en temps la main dans les parties génitales et en en retirant des caillots. Ce n'est qu'à 10 heures du matin qu'elle se décida à demander l'assistance d'un médecin. A 11 heures le Dr Napias trouva la malade exsangue ; il essaya deux fois d'extraire le placenta, mais la sage-femme fort troublée maintenait si mal l'utérus que ces tentatives restèrent sans résultat. L'hémorrhagie continuait et l'état de la patiente était si alarmant que mon confrère crut devoir me faire appeler, pensant avec raison qu'il était urgent de faire la délivrance. L'orifice externe se laissa facilement franchir; l'orifice interne, éloigné du premier de 10 centimètres au moins, était revenu sur lui-même, mais je pus le franchir sans grand effort, le corps de l'utérus étant solidement maintenu par mon confrère. Le placenta était libre dans la cavité du corps et, sous une pression continuée quelques instants de haut en bas, il s'engagea dans l'orifice interne et fut expulsé. La rétention paraissait due à l'inertie utérine, au grand volume du délivre, au retrait de l'orifice interne. Deux paquets de seigle furent administrés, le globe utérin devint très dur et l'écoulement sanguin fut dès lors insignifiant.

Il est presque impossible d'apprécier la quantité de sang perdu dans ces circonstances. La sage-femme avait retiré à plusieurs reprises des caillots, deux draps en étaient remplis et sur le parquet il y en avait une mare. La patiente était fort pâle, avec des lypothimies et un pouls filiforme. Dix heures après l'extraction du placenta, elle fut prise d'un gros frisson avec claquements de dents. Le P. et la T. s'élevèrent, le ventre devint sensible et se ballonna, elle fut prise de vomisse-

ments. Cet état ne fit que s'aggraver les jours suivants ; le ventre était peu douloureux à la pression, mais très ballonné et sur tout le côté droit on notait une traînée rouge violacée ; les vomissements étaient continuels.

Le 20, le Dr de Saint-Germain fut appelé en consultation. La malade était dans le coma, elle ne vomissait plus ; les lèvres et la langue étaient fuligineuses, le P. à peine perceptible. Bien que cet état fût considéré par nous comme désespéré, on convint de

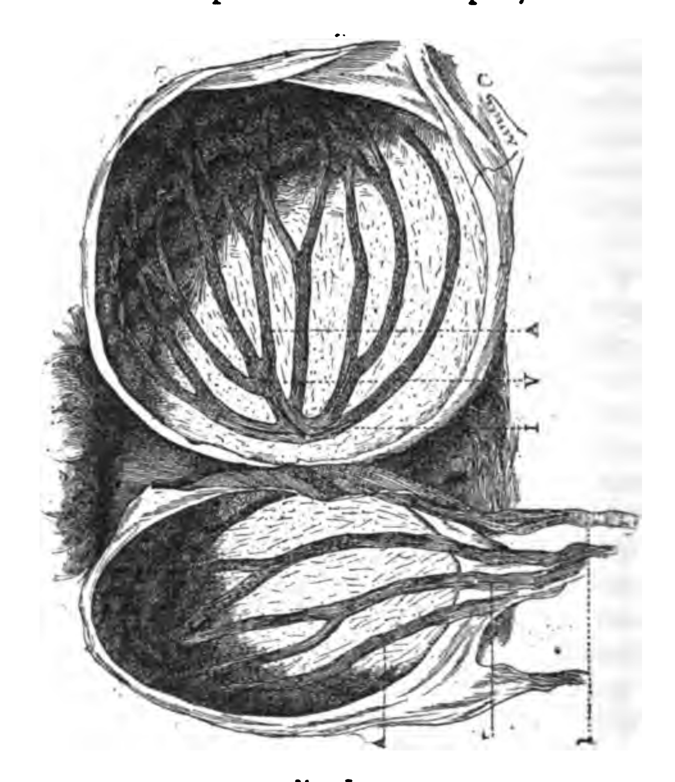


Fig. I.
P Placenta. — I Insertion du cordon sur les membranes. — A Artères. — V Veines.

recouvrir le ventre d'un grand vésicatoire, de donner un gramme de sulfate de quinine et quelques cuillerées de cognac. Deux jours après, il se manifestait une légère amélioration

qui alla en s'accentuant. La malade fut prise alors de sueurs profuses, d'une odeur repoussante de chair en putréfaction, cela dura quatre ou cinq jours ; les lochies avaient la même odeur malgré les injections phéniquées. L'utérus resta longtemps volumineux ; ce ne fut qu'au bout d'un mois qu'il disparut derrière le pubis. La convalescence dura un mois encore. Les règles reparurent au mois de janvier, sans douleur. Depuis lors, le retour à la santé est complet ; les règles sont régulières, mais pendant cinq ou six jours le ventre est ballonné et il y a de la douleur au côté droit.

Des deux enfants qui, on s'en souvient, se présentèrent par le siège, celui qui naquit le premier vécut dix-sept jours. La mère essaya en vain de le nourrir, et il paraît avoir succombé à une alimentation défectueuse ; le second naquit mort, et les doses répétées de seigle ergoté données à la mère, peuvent sans doute être incriminées.

Les membranes formaient deux poches facilement isolables jusqu'aux placentas qui s'étaient unis consécutivement. Il y avait primitivement deux œufs, et dans chaque œuf le cordon était inséré sur les membranes. Les deux insertions étaient adossées sur la cloison de séparation.

Dans l'un des œufs, celui qui se rompit probablement le premier, le cordon s'insérait à 12 centimètres du bord interne du placenta correspondant. La veine ombilicale se divisait en trois branches : une branche médiane se rendant en droite ligne au placenta, les deux autres, s'écartant, embrassent la demi-circonférence interne du placenta et y pénètrent par les deux extrémités de son diamètre antéro-postérieur. Les branches artérielles cheminent entre les vaisseaux veineux.

Dans l'autre poche, l'insertion se trouve à 14 centimètres du bord interne du placenta, sur le segment inférieur qui fut rompu lors de la déchirure des membranes. On trouve là trois lambeaux membraneux renfermant les lambeaux externe et interne, une branche veineuse, le lambeau moyen, une branche artérielle. Les vaisseaux offrent à peu près la même disposition

que de l'autre côté de la cloison, mais ils suivent un chemin plus direct.

Si, comme on l'a affirmé, il n'y a pas eu d'hémorrhagie pendant le travail, au moment de la rupture des membranes, c'est qu'apparemment cet œuf se rompit le dernier, qu'à ce moment la circulation fœto-placentaire était déjà embarrassée, peut-être

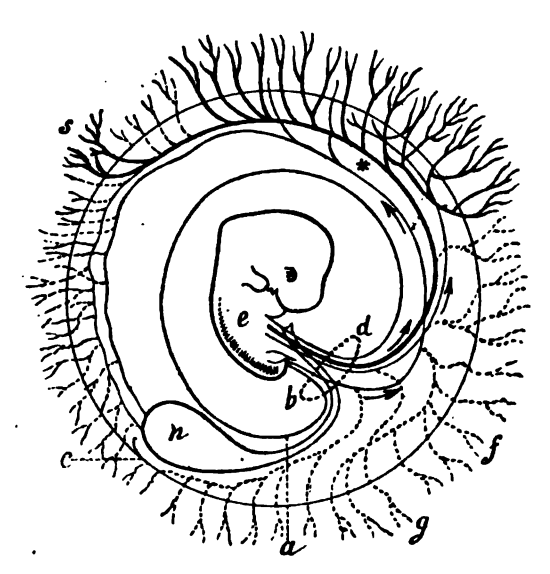


FIG. II.

a Amnios. — *e* Embryon. — *n* Vésicule ombilicale. — *c* Chorion. — *b d* Engainement des vaisseaux par l'amnios. — ■→ Direction dans laquelle progresse cet engainement. — ★ Dernier aboutissant de cette gaine. — *s* Placenta succentcturie qui, en ce point, ne gênera pas l'engainement. — *f g* Points d'insertion vélamenteuse par adhérence de la vésicule et de son conduit, ou des vaisseaux allantoïdiens, ou encore par formation sur ces points de placentas succencturies. — ····· Tracé des vaisseaux qui s'atrophient. — ——— Veine ombilicale — ═══ Artère ombilicale.

même le placenta était-il décollé. On s'explique ainsi et la mort du second enfant et l'absence d'hémorrhagie pendant le travail. L'insertion se faisant de chaque côté sur la cloison de sépara-

tion et presque sur des points similaires, on est porté à admettre que la même cause a fait dévier les deux cordons de leur insertion normale.

Pour indiquer cette cause, il importe d'abord de rechercher par quel processus physiologique se fait l'insertion normale, l'insertion sur le placenta. Schultze l'avait parfaitement compris ainsi, voici l'explication qu'il donne de ce phénomène (1) :

Schultze admet que le bourgeon allantoïdien portant les vaisseaux ombilicaux, parti de l'extrémité caudale de l'embryon, se rend à un point quelconque de la surface interne du chorion ; qu'en ce point, entre la vésicule allantoïde et le chorion il se fait une adhérence, mais que l'amnios en se développant engaîne le cordon et, par une sorte de glissement dans le sens des flèches, reporte son insertion sur la sérotine. Cette insertion, primitivement toujours vélamenteuse, deviendrait ensuite sérotinienne, à moins qu'une adhérence de la vésicule ombilicale s'opposant à ce glissement, l'insertion vélamenteuse ne devienne définitive.

Examinons cette hypothèse.

Les échantillons normaux d'œufs humains de la troisième semaine sont rares. L'œuf décrit par Coste, dont les recherches ont été contrôlées par Kölliker, remplissait ces conditions.

D'après ces savants, les phénomènes qui se passent à cette époque ont une évolution très rapide et dès que la vésicule allantoïdienne a touché la face interne du chorion, toute cette surface se couvre d'arborisation vasculaire provenant des vaisseaux ombilicaux.

S'il en est ainsi, l'hypothèse de Schultze implique :

1° que les vaisseaux ombilicaux partant du point où a touché le bourgeon allantoïdien se rendent à la sérotine réunis en un seul faisceau, qu'ils se rendent au centre de la zone sérotinienne;

2° que l'engaînement amniotique rompe et décolle un certaine nombre de vaisseaux.

(1) *Jenaische Zeitschrift*. 1867.

Ce décollement ou cette rupture est bien contraire à toutes les lois physiologiques. Quant aux vaisseaux, dans tous les cas d'insertion vélamenteuse, on les a trouvés se rendant à la sérotine séparément et y pénétrant par les deux extrémités d'un de ses diamètres. Ces phénomènes sont très rapides, ils se passent en quelques heures peut-être, il est dès lors impossible de comprendre comment un engaînement de la membrane amniotique reporterait l'insertion au centre de la sérotine. Et puis il y a une question que Schultze ne paraît pas s'être posée. Si dans tous les cas les vaisseaux ombilicaux se rendent à la sérotine, c'est qu'apparemment ils sont sollicités à le faire, c'est qu'il y a, pour ces vaisseaux, une sorte d'attraction vers cette zone vasculaire; et pourquoi alors ce phénomène ne serait-il pas primitif?

Vers la troisième semaine, la nutrition du jeune par osmose n'est plus possible et la vésicule ombilicale, sorte de réserve alimentaire, est épuisée et se flétrit. Un nouveau mode de nutrition s'impose. C'est alors que le bourgeon allantoïdien, qui porte avec lui les vaisseaux ombilicaux, part de l'extrémité caudale pour mettre le système vasculaire de l'embryon en rapport avec les vaisseaux maternels et fournir au jeune des aliments et de l'oxygène. L'œuf est limité par une mince membrane qui permettra les échanges entre les deux êtres sans qu'il y ait jamais communication directe, anastomose, entre les vaisseaux de la mère et les vaisseaux de l'enfant. Mais en dehors et en dedans de cette membrane choriale, les deux vascularisations se trouveront dans un rapport constant, et ce rapport sera sans cesse commandé en quelque sorte par la vascularisation externe, par la vascularisation de la caduque ovulaire.

Lorsque l'œuf fécondé est venu se fixer dans un repli de la muqueuse, cette zone s'est vascularisée à l'excès et bientôt un travail de prolifération a enveloppé l'œuf de bourgeons charnus. Presque tous les points de cette nouvelle muqueuse (caduque ovulaire) sont vasculaires, mais irrégulièrement; cette vascularisation va en s'appauvrissant à mesure qu'on s'éloigne du

point où s'était fixé l'œuf. La zone la plus vasculaire persiste donc là où l'œuf s'était fixé primitivement; cette surface qu'on a appelé sérotinienne sera le placenta maternel.

Le bourgeon allantoïdien part de l'embryon au moment où la nutrition par osmose n'est plus possible, où le réceptacle ombilical est épuisé. Où ce bourgeon vasculaire va-t-il toucher? Où la nutrition sera-t-elle le mieux assurée, l'échange gazeux le plus actif? Au centre du département le plus vasculaire, dans la zone sérotinienne. C'est d'ailleurs là une loi de physiologie générale, loi en vertu de laquelle les vaisseaux qui se développent isolément vont à la rencontre l'un de l'autre et s'abouchent (ici l'anastomose n'a pas lieu à cause de circonstances particulières), loi en vertu de laquelle les racines des plantes se dirigent et s'étendent là où elles trouveront des éléments de nutrition. N'est-ce pas en vertu de cette loi que chez tous les placentaliens à placenta discoïdal, le bourgeon allantoïdien aboutit au centre de la zone sérotinienne? Dans les grossesses gémellaires ou trigémellaires, alors que l'œuf est unique, les deux ou trois bourgeons allantoïdiens convergent vers cette surface séritonnienne, mais ils ne peuvent se greffer au même point; cette zone est primitivement très limitée, et fréquemment alors, comme l'a remarqué Hirtl, une des insertions est ou marginale ou vélamenteuse.

Les villosités choriales sont d'abord étendues à toute la face interne de l'œuf, de même que la caduque ovulaire est presque partout vasculaire, mais inégalement; dès que les villosités sérotiniennes ont pris un développement suffisant pour que la nutrition et l'oxygénation du jeune soient assurées, tous les autres vaisseaux de la caduque ovulaire s'atrophieront et le même phénomène se répétera à la face interne du chorion; et c'est seulement alors que l'animal devient un placentalien à placenta discoïdal. Avant cela la nutrition de l'œuf humain a parcouru tous les degrés, elle s'est faite par osmose, comme chez les êtres les plus inférieurs, par un réceptacle alimentitiel comme chez les reptiles et les oiseaux, par un placenta diffus qui rappelle ce qui se passe chez les ruminants; enfin elle se

fait par un placenta discoïdal propre aux chéiroptères, aux singes, à l'homme.

De ce que la membrane choriale semble une barrière suffisante pour s'opposer à toute anastomose entre les deux circulations, il ne s'ensuit nullement qu'on soit en droit de conclure, comme on l'a fait dans une thèse récente pour l'agrégation, que les éléments figurés ne passent probablement pas de la mère à l'enfant. Il est au contraire fort probable que les éléments blancs du sang passent de l'un à l'autre, mais si l'on objecte que c'est là une hypothèse, je dirai que nous avons la preuve que des éléments figurés traversent le placenta. La variole, la vaccine et la syphilis sont transmissibles de la mère à l'enfant, et probablement aussi le charbon ; or on sait depuis nombre d'années que les virus n'ont d'action que par leurs éléments figurés, qu'il suffit de les soumettre à un filtrage suffisant pour qu'ils deviennent inertes. Il est donc démontré que les éléments figurés et probablement même les bactéridies traversent le placenta.

Revenons à l'hypothèse de Schultze. Dès que les vaisseaux ombilicaux ont touché le chorion, ils donnent naissance à un réseau vasculaire qui s'étend à toute la surface interne du chorion et fournit des rameaux aux villosités choriales. Quant aux vaisseaux ombilicaires, en même temps qu'ils contractent indirectement ces adhérences, ils se rendent à la sérotine. J'ai déjà dit que, s'ils s'y rendent, c'est parce qu'ils sont sollicités à le faire et qu'on ne voit pas alors pourquoi on n'admettrait pas qu'ils s'y rendent primitivement. Mais admettons l'hypothèse de Schultze. Pour que les choses se passent comme il l'indique, il faut que les éléments du cordon ne s'écartent pas les uns des autres, qu'ils ne se ramifient pas, qu'ils atteignent ensemble la sérotine dans un point voisin du centre. Or, dans toutes les insertions vélamenteuses, les vaisseaux s'écartent les uns des autres, ils se ramifient, et ce n'est qu'après avoir contourné un grand segment de la zone sérotinienne qu'ils y pénètrent. Comme il n'est pas douteux que ces phénomènes s'accomplissent dès l'origine, cela suffirait déja pour juger l'hy-

pothèse de Schultze. Mais ce n'est pas tout ; il faut maintenant que les villosités choriales qui se trouvent sur le parcours des vaisseaux soient décollées par l'amnios à mesure que cette séreuse se développe, ce qui n'est guère conforme aux lois physiologiques. Ce n'est pas tout encore, et l'arrachement de quelques villosités choriales ne suffirait pas. Le bourgeon allantoïdien, dès qu'il a touché le chorion, s'épand et forme une membrane continue sur sa face interne, comme une seconde sphère concentrique à la première; il faudrait, pour que l'insertion fut reportée sur la sécotine, un mouvement de rotation, un mouvement de totalité de la sphère interne.

Le grand argument de Schultze c'est que dans l'insertion normale on trouve le canal omphalo-mésentérique accompagnant le cordon jusqu'au placenta, et que de là on peut le suivre jusqu'à la vésicule, dont les vestiges se trouvent en un point variable entre le chorion et l'amnios; que dans l'insertion vélamenteuse, le canal omphalo-mésentérique abandonne toujours les vaisseaux à leur insertion sur le chorion, que jamais on n'en trouve de traces sur le trajet ultérieure des vaisseaux.

L'observation de Schultze est sans doute juste, mais elle prouverait seulement que l'adhérence de la vésicule ombilicale peut être admise comme une cause fréquente de l'insertion vélamenteuse, mais nullement que le bourgeon allantoïdien puisse adhérer à un point quelconque du chorion, pour être ultérieurement décollé par l'amnios et reporté sur le placenta. On est donc en droit de conclure que l'insertion sérotinienne primitive est la règle, l'insertion vélamenteuse une déviation du type normal, et qu'elle ne peut être temporaire. Elle se produit sous l'influence de causes incomplètement connues et qui viennent soit de l'embryon, soit de la caduque, soit de la vésicule ombilicale. Il faut admettre avec Schultze qu'une adhérence de la vésicule ombilicale, tiraillant le bourgeon allantoïdien et gênant sa marche peut causer l'insertion membraneuse. Mais est-ce la seule cause qui fasse dévier le type normal ? Ne comprend-on pas que l'orientation de l'embryon, que la présence de plusieurs embryons en apportant une gêne, un obstacle au trajet de l'al-

lantoïde jusqu'à la sérotine, n'amènent des adhérences anormales? Car il est vraisemblable que, dès que le bourgeon allantoïdien touche le chorion, l'adhérence se produit, l'allantoïde s'étend aussitôt sur toute cette surface interne, tandis que les vaisseaux ombilicaux se rendent séparément à la sérotine. On peut invoquer aussi l'existence d'une zone très vasculaire autre que la zone sérotinienne devenant temporairement un centre d'attraction pour les vaisseaux ombilicaux. N'est-ce pas admissible dans l'observation qui fait l'objet de ce mémoire, et où les deux insertions étaient adossées? Dans cette hypothèse, un des deux phénomènes suivants se passera ultérieurement : Ou bien cette zone très vasculaire subira l'atrophie ; le même phénomène se présentera à la face interne du chorion, et en ce point on ne retrouvera que l'insertion anormale des vaisseaux; ou bien les villosités choriales persisteront et l'on aura deux placentas séparés par un pont membraneux. Cette disposition est comme un retour à une forme ancestrale ; tous les singes de l'ancien continent, à l'exception du chimpanzé et du cynocéphale, ont un placenta double.

Quelque rare que soit l'insertion vélamenteuse, le côté clinique n'en doit pas être négligé. Les manœuvres obstéricales étant toujours des opérations d'urgence, il importe que la conduite à tenir dans les cas insolites soit nettement tracée.

L'insertion membraneuse peut entraîner la déchirure des vaisseaux ombilicaux et la mort du fœtus par hémorrhagie au moment de la rupture des membranes. Mais les moyens d'obvier à cet accident sont indiqués dans les traités classiques, et je n'ai rien à y ajouter.

Quant à la délivrance, il importe de redire qu'elle est impossible par traction sur le cordon. Dans l'observation citée plus haut, la sage-femme ne s'y était point trop mal prise; elle avait exercé des tractions sur les deux cordons réunis. Il lui arriva ce qui arrive toujours quand cette disposition existe. Les cordons se rompent, et parce que les vaisseaux, se séparant et s'insérant isolément, se rompent successivement, et surtout parce que leur insertion se fait sur des membranes peu résis-

tantes ; car, dans l'insertion membraneuse très voisine du placenta, ces ruptures par traction n'ont pas lieu, parce que les vaisseaux font corps presque immédiatement avec la masse placentaire. Dès que l'insertion membraneuse s'éloigne du placenta, la délivrance par traction est impossible ; il faut donc ou bien aller chercher le placenta dans la cavité utérine, ou bien faire la délivrance *par expression*. On a accusé l'expression utérine, peut-être avec raison, de beaucoup de méfaits. On l'a accusée, à cause des pressions un peu brutales qu'elle exige, de déplacer les caillots en voie de formation dans les sinus, de contusionner, de déchirer la muqueuse très délicate encore, d'augmenter la fréquence des inflammations péri-utérines. La preuve de tous ces méfaits n'est peut-être pas facile à donner : mais il est un fait certain, c'est que, si les accoucheurs français, après avoir accepté avec un certain enthousiasme la délivrance par expression, l'ont complètement abandonnée dans la pratique journalière, il y a à cela une raison très simple ; cette manœuvre est douloureuse, tandis que l'ancienne méthode par traction, qui est habituellement suffisante, ne l'est pas. Mais lorsque, par suite d'une disposition anatomique, le cordon devra nécessairement se rompre à la première traction, quelque peu partisan qu'on soit de la délivrance par expression, il n'est pas douteux qu'on ne doive la préférer à l'introduction de la main dans la cavité utérine.

J'ai pu me convaincre qu'il est facile de reconnaître avant la délivrance l'insertion membraneuse. Appelé au mois de juin 1880 auprès d'une femme qui accouchait pour la cinquième fois, je trouvai l'accouchement presque terminé; l'enfant qui se présentait par le siège était au dehors depuis une dizaine de minutes, la tête seule restait dans les parties maternelles. La tête dégagée, l'enfant se mit à respirer après quelques excitations périphériques. Lorsque je voulus extraire le placenta par traction je sentis un craquement et je reconnus très nettement, en y portant le doigt, que le cordon s'insérait sur les membranes et non sur le disque placentaire. Je fis la délivrance par expres-

sion et je constatai que l'insertion se faisait à 12 centimètres du bord placentaire.

La délivrance par expression restera, en France du moins, à titre de méthode d'exception. Mais il ne faut pas oublie, qu'elle est appelée à suppléer la délivrance par traction dès que celle-ci n'est pas possible, et qu'elle doit être enseignée avec autant de soin que la méthode ancienne.

Ferai-je remarquer en terminant que ces trois insertions vélamenteuses très éloignées du placenta coïncidaient avec trois présentations du siège? N'y a-t-il là qu'une simple coïncidence ?

DES MOYENS DE CONJURER LES DANGERS D'OPHTHALMIE DES NOUVEAU-NÉS (1)

Par le Dr Galezowski.

Je vais soutenir une thèse de la plus haute importance, c'est celle qui aura pour but de conjurer les dangers de l'ophthalmie des nouveau-nés. Cette question n'est certainement pas neuve : elle a été discutée, analysée par des hommes les plus compétents, et à toutes les époques ; néanmoins, comme nous le verrons par cet exposé, la question demande à être étudiée avec beaucoup de soins, si on veut prévenir les conséquences désastreuses auxquelles sont exposés un très grand nombre d'enfants nouveau-nés.

Que voyons-nous, en effet, journellement non seulement à la campagne, mais aussi dans les grandes villes et même à Paris? C'est que les enfants nouveau-nés sont abandonnés pendant toute

(1) Mémoire lu à la Société d'hygiène.

la durée de la maladie aux soins de nourrices, de bonnes et de sages-femmes. C'est avec du lait de nourrice, injecté entre les paupières avec de l'eau de guimauve ou de cerfeuille, qu'on soigne cette maladie, et je n'ai pas besoin d'ajouter qu'avec des moyens aussi anodins on assiste à la destruction des yeux.

Le grand danger de cette affection vient de ce qu'on la considère comme un simple courant d'air, un refroidissement. Cette opinion est tellement généralisée dans le public que dans les familles pauvres, comme dans les familles aisées et riches, on ne veut pas croire à la gravité du mal au début, et on ne veut point admettre la cause infectieuse et la contagion. Pour moi la contagion n'est point douteuse, l'ophthalmie des nouveau-nés vient de l'introduction de la sécrétion leucorrhéique, blennorrhagique, etc., entre les paupières de l'enfant pendant que sa tête franchit les parties génitales de la mère. Ce fait ne devrait pas être mis en doute, et pourtant il n'en est pas toujours ainsi. Que voyons-nous, en effet, au début de la maladie? Un confrère est appelé auprès d'une femmes en couches, il voit naître l'enfant bien portant; le deuxième ou le troisième jour on lui demande avis sur une petite rougeur et un petit suintement de l'œil de l'enfant. Ce n'est rien, répond-il souvent, c'est un courant d'air et il prescrit un collyre astringent. Deux ou trois jours se passent sans amélioration, le même traitement est continué, lorsqu'un beau jour on est effrayé de l'aggravation de la maladie; l'ophthalmie est en pleine évolution. On accuse la saison humide, l'air frais de la chambre, la gourme, le lymphatisme, que sais-je, et on ne veut pas croire que c'est l'ophthalmie des nouveau-nés qui a débuté souvent d'une manière bénigne, mais qui suivra fatalement sa marche progressive, si on ne l'arrête pas à temps, si on ne la combat pas d'une manière vigoureuse.

Et puisque nous sommes sur le chapitre des opinions erronées de l'étiologie, signalons encore un grave inconvénient qui résulte de certaines théories émises par les ophthalmologistes, et qui consiste à diviser dès le début l'ophthalmie en bénigne et en maligne, et de régler le traitement en conséquence. Or, il est impossible, dans l'état actuel de la science, de reconnaître si

l'ophthalmie des nouveau-nés sera bénigne ou maligne. Si par malheur on se fie aux apparences, souvent trompeuses, de la maladie et si on la soigne par des collyres légèrement astringents, on perdra un temps précieux, et on favorisera le développement de la maladie.

Le début de l'ophthalmie des nouveau-nés peut être bénin ou malin, mais cela ne doit nullement modifier la marche ultérieure du mal, et il faut l'attaquer avec la même vigueur et la même énergie que s'il s'agissait d'une maladie grave.

Au bout de quelques jours et sous l'influence d'un traitement énergique, la maladie sera enrayée, si elle est peu intense; si elle est intense, elle suivra au contraire sa marche régulière et progressive, mais sans gravité pour l'issue définitive.

Si cette ophthalmie est bien connue au point de vue de sa marche, de ses complications, etc., il n'en est pas de même du traitement, car chaque chirurgien a sa méthode, qui pour lui est la meilleure. Les uns soignent par des injections au sulfate d'alumine; d'autres par des irrigations permanentes avec de l'eau froide; d'autres ont recours au sulfate de cuivre ou de zinc; d'autres enfin soignent l'ophthalmie des nouveau-nés par des instillations du collyre au nitrate d'argent entre les paupières.

En présence d'un nombre aussi considérable de moyens, on doit se demander si tous sont efficaces au même degré ou s'il n'est pas préférable d'adopter une seule méthode de traitement. Le choix serait certainement très difficile si on n'avait pas un résultat comparatif de ces différentes méthodes.

Commençons d'abord par cette déclaration, que la maladie dont nous nous occupons, lorsqu'elle est abandonnée à elle-même ou si elle est soignée par des méthodes qui ne sont pas en rapport du mal, peut avoir les conséquences, si elle est intense, les plus graves, aboutissant à la destruction de la cornée en partie ou en totalité. Le nombre de ces accidents est malheureusement assez grand, pour qu'on ait besoin de s'en occuper très sérieusement.

J'ai fait un relevé statistique d'ophthalmies des nouveau-nés

que j'ai eu à soigner à ma clinique depuis 1870, et j'ai constaté les chiffres suivants :

Sur 60152 malades nouveaux qui se sont présentés à ma clinique, il y a eu 507 cas d'ophthalmies des nouveau-nés; et sur ce nombre il y a eu 111 cas d'accidents plus ou moins graves, ayant amené soit un affaiblissement consécutif, soit une perte complète de la vue.

Voici comment ces accidents se décomposent :

Perforation avec nécrose partielle ou totale de la cornée	44
Ulcération superficielle ou profonde de la cornée.	34
Leucome de la cornée	15
Staphylome de la cornée	6
Atrophie du globe oculaire	7
Cataracte capsulaire	3
Ectropion	2
Total.	111

Un certain nombre de ces malades ont été soignés par des astringents et par des cautérisations, quoique sans méthode aucune; d'autres n'ont été soumis qu'au traitement par des injections avec du lait, et aux lotions avec de l'eau de guimauve, infusion de thé, etc. Il y a eu même un cas dans lequel la mère a fait des injections de son urine entre les paupières.

Tous ces accidents n'auraient pas dû se produire, si on avait fait ce qui est, selon moi, infaillible dans cette maladie, ce sont les badigeonnages des conjonctives avec une solution concentrée de nitrate d'argent. Je puis vous certifier, que l'ophthalmie des nouveau-nés est guérissable, même dans sa forme la plus grave telle qu'est, par exemple, la forme blennorrhagique. Chose digne de remarque, en effet, tandis que cette même ophthalmie transmise aux adultes, ou même aux enfants de cinq ou six ans, devient souvent fatale pour la vue, malgré le traitement le plus énergique, elle guérit toujours chez les enfants nouveau-nés par la méthode que je recommande.

Peut-être, cette différence tient-elle à l'élasticité plus grande des tissus pericornéens, qui fait que l'étranglement et le spha-

cèle cornéen ne se produisent pas aussi rapidement chez ces derniers que chez les adultes. Nous voyons, en effet, constamment la cornée chez les nouveau-nés se conserver intacte pendant sept à huit jours malgré la suppuration très abondante, tandis que chez les derniers, trois ou quatre jours suffisent quelquefois pour amener la nécrose.

Le traitement que je recommande, et qui m'a toujours réussi dans les ophthalmies des nouveau-nés, c'est le *badigeonnage des conjonctives deux fois par jour*, et *c'est la condition sine qua non, avec une solution de nitrate d'argent au quarantième*. C'est la seule méthode qui me paraît certaine dans ces résultats; prise à temps, la maladie guérit toujours sans laisser aucune trace, tandis que j'ai essayé le sulfate de zinc et de cuivre, l'acétate de plomb, le sulfate d'alumine et le collyre au nitrate d'argent instillé par gouttes, et je puis certifier que ces divers moyens ne donnent de résultats satisfaisants que dans un certain nombre des cas.

En présence des résultats certains obtenus par le traitement décrit plus haut, on doit se demander comment on doit s'y prendre pour pouvoir soigner cette ophthalmie dès son début et avant que la cornée subisse une altération quelconque. Comment pourra-t-on avertir les parents du danger de l'ophthalmie commençante?

Un de nos confrères de Havre, le Dr Brière (1), s'est occupé, à juste titre de cette même question et il a proposé de faire distribuer aux parents, au moment où ils viennent à la mairie pour faire la déclaration de naissance, une sorte d'instruction pour les soins à donner dans le cas où une ophthalmie purulente viendrait à éclater. L'idée, au premier abord, m'a paru assez bonne, mais il faudrait d'abord que cette instruction soit très courte et très explicite. Et puis, même avec la meilleure rédaction, on n'obtiendra pas des parents qu'ils veuillent se donner la peine de lire le prospectus, et encore moins d'agir selon les indications qui y sont contenues.

---

(1) Brière. *Recueil d'ophthalmologie*. 1880.

Il m'a semblé qu'il serait beaucoup plus simple et plus naturel de charger les médecins de l'état civil d'examiner les yeux de l'enfant nouveau-né avec le plus grand soin et de donner des instructions nécessaires sur le traitement qu'il y aura à suivre, s'il y a les moindres phénomènes d'ophthalmie commençante. C'est dans les premières 24 ou 48 heures qu'on doit faire la déclaration de naissance; le médecin de l'état civil ne pourra visiter l'enfant que le lendemain de la déclaration, c'est-à-dire le roisième jour après la naissance. Or, c'est précisément le troisième ou quatrième jour après la naissance que l'ophthalmie du nouveau-né fait son apparition, et les premiers symptômes de la maladie ne deviennent visibles qu'à cette époque. Sachant par expérience que toute irritation des yeux vers le troisième jour après la naissance est le début d'une ophthalmie purulente, le médecin avertira les parents de la gravité du mal, et il les obligera d'agir promptement, soit par des cautérisations des conjonctives deux fois par jour avec la solution de nitrate d'argent au 1/40, et deux fois par jour, soit en leur conseillant de réclamer les soins d'un spécialiste. Et qu'on ne se trompe point à cet égard ; aujourd'hui les études spéciales d'ophthalmologie sont répandues partout, les cliniques ophthalmologiques se fondent dans les grandes comme dans les petites villes, ce qui fait que les plus pauvres peuvent trouver toutes les ressources pour combattre l'ophthalmie des nouveau-nés avec la plus grande efficacité. Et je n'admets nullement cette excuse, qu'on met souvent en avant, que le froid, l'humidité peuvent aggraver la maladie et qu'il y aurait du danger à faire sortir ces enfants en hiver pour les porter à la clinique. Non, mille fois non, l'air extérieur ne peut rien faire à cette affection purement locale; l'enfant peut être porté à la clinique tous les jours et être soigné comme il le convient.

Pour résumer ce travail, je crois pouvoir formuler les conclusions suivantes:

1° L'ophthalmie des nouveau-nés est une affection transmise par inoculation, qui ne pourra guérir que par un traitement local énergique;

2° Les cautérisations des paupières avec une solution de nitrate d'argent au 1/40, appliquées deux fois par jour, assurent la guérison du mal;

3° Les médecins de l'état civil devraient être chargés d'examiner les yeux des enfants nouveau-nés, et d'obliger les parents à les faire soigner dès le premier jour de l'apparition du mal. Il les avertira en même temps du danger auquel ils exposeraient leurs enfants, s'ils laissaient la maladie se développer pendant quelques jours sans le traitement approprié.

REVUE DE LA PRESSE

ÉTUDE CLINIQUE
SUR LES TUMEURS MALIGNES DU SEIN
CHEZ LA FEMME

Par le professeur J.-A. Estlander.

Traduit du suédois d'après le manuscrit de l'auteur par le Dr L. Thomas,
Sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine.

(Suite et fin) (1).

Quelques mots maintenant sur les trois dernières de nos opérées hypothétiques, c'est-à-dire celles qui auront des récidives mortelles. Retranchons du nombre total les huit qui ont guéri et les dix qui sont mortes par le fait de l'opération, il nous en restera vingt-deux.

Chez quinze, on sait au bout de quel temps s'est montrée la nouvelle tumeur; si nous ajoutons l'observation XXIII, dans laquelle il fallut opérer deux fois avant d'arriver à une guérison radicale, nous aurons le tableau suivant :

(1) Voy. *Annales de gynécologie*, numéro d'octobre, novembre 1880 et janvier 1881. — Travail, extrait de la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*.

Numéros d'observations et noms.	Age.	Temps de la récidive après l'opération.	La récidive s'est faite dans :	Temps écoulé entre l'apparition de la récidive et la mort par le cancer.
3 A.-L. Björkman..	»	Imméd. après.	Le même sein.	14 mois.
6. U. Hammenius ...	»	id.	id.	7 »
9. E. L...r, 1re opér .	»	15 mois.	Les grand. pect. du même côté.	24 mois après le début de la 1re récidive.
» 2e opér..	»	6 »	La col. vertébr.	9 mois après le début de la 2e.
18. A. R...r..........	»	2 1/2	»	8 mois.
11. E.Stigell, 1re opér.	»	57 »	Le même sein.	4 ans.
» 2e opér..	»	12 »	Grand. pect. même côté.	3 »
» 3e opér..	»	17 »	Creux axillaire.	18 mois.
» 4e opér..	»	8 »	Le foy. d'une fract. de cuisse(?)	10 »
16. M. Anderstotter ..	»	6 »	Creux axillaire.	21 »
17. A. R...mpf	»	10 »	id.	24 »
18. A. S...s..........	»	3 1/2	id.	5 »
23. Tallboskis.......	»	5 »	Le même sein.	28 »
26. Linsfors, 1re opér.	»	6 »	Même sein, creux de l'aisselle.	12 »
» 2e opér..	»	4 »	id.	6 »
31. Fr. M...n	»	48 »	Le même sein	Guérie.
43. H..E. Villaström.	»	27 »	Creux axillaire.	Mort par érysipèle ambulant à la suite de la récidive.
46. E.-F. Anderson...	»	3 »	Tégum. du même sein.	12 mois.
47. A. S...r, 1re opér.	»	9 »	Même sein et creux axillaire.	16 »
» 2e opér..	»	6 »	Colonne vertébr.	10 »
49. Ch.Reuter, 1re opér.	»	10 »	Même sein et creux axillaire.	19 »
» 2e opér..	»	15 »	Poumons.	4 »
51. U.-S. Johansson ..	»	18 »	Creux axillaire.	»

Beaucoup de termes qui semblent parfaitement clairs, au premier abord, paraissent après réflexion impropres ou indéterminés, tel est, par exemple, le mot récidive. Si on enlève par une opération une maladie développée en un certain point du corps et si un peu plus tard les mêmes désordres reparaissent au même endroit, est-ce une continuation du processus antérieur ou une manifestation nouvelle ayant la même cause que

la première? Dans un cas comme dans l'autre, on parlera de récidives, et pourtant les deux choses sont essentiellement différentes. Chez la femme du douanier dont il est parlé dans l'observation III, qui avait dans la peau de petits noyaux squirrheux en même temps qu'un centre plus volumineux dans la glande, je fis une opération, parce que je ne connaissais point alors la tendance à la reproduction de cette forme de cancer. La récidive eut lieu avant même que la plaie fût guérie, et cette récidive n'était en réalité que la continuation du processus déjà commencé. Au contraire, chez la femme Stigell (obs. II), la mamelle resta saine pendant cinq ans, et après l'opération le mal suivit la même marche que la première fois. C'était plutôt une nouvelle affection développée grâce à la même prédisposition organique locale, affection de même nature que la première et même que la dernière récidive *in loco*. La différence entre ces deux variétés secondaires est tellement accusée qu'elles ne sauraient être désignées par le même nom ; les chirurgiens français l'ont consacrée dans leurs travaux, et ils distinguent les récidives par *repullulation* et par *continuation*. Si la tumeur reparaît à la même place au bout de cinq ou six mois, c'est à la seconde catégorie que l'on a affaire. Si nous adoptons cette division et que nous l'adaptions à notre précédent tableau, nous verrons que, sur les dix-huit récidives locales qu'il renferme, treize appartiennent à des tumeurs qui ont repullulé ; dans cinq seulement il y a eu continuation.

La limite entre les deux variétés en question est tout à fait arbitraire; dans les cas extrêmes, les différences sautent aux yeux ; mais, si les choses sont moins tranchées, il devient impossible de les saisir. Nous n'avons aucun moyen de contrôler, si, par une opération, nous avons réussi à enlever la maladie locale et s'il n'en reste pas la moindre trace ; par conséquent, il nous est impossible de dire quand une nouvelle manifestation apparaît au bout de quelques mois, à quelle variété elle appartient ; un simple germe du mal primitif laissé dans les tissus peut, après s'être développé longtemps d'une manière insidieuse, produire tout à coup une espèce d'explosion.

Les mêmes réflexions s'appliquent aux viscères. Quand ils sont pris, a-t-on affaire à une sorte d'infection dont la mamelle a été le point de départ ? Est-on au contraire en présence d'une nouvelle localisation de la diathèse dont le cancer mammaire a été la première ? En règle générale, on peut suivre les voies parcourues par la maladie dans le réseau lymphatique pour arriver aux organes internes ; dans quelques cas pourtant, ceux-ci sont atteints lorsque les ganglions restent indemnes. Les observations IX et X en présentent des exemples ; il n'y avait rien dans l'aisselle, et cependant la colonne vertébrale était envahie. J'ai rangé ces cas parmi les récidives ; mais je considère le dernier processus dégénératif comme une nouvelle expression de la diathèse.

Nous allons disposer nos vingt-trois récidives comme celles que Winiwarter a observées sur les quatre-vingt-onze cas et comparer dans le tableau suivant nos résultats aux siens.

Époque à laquelle la récidive a été aperçue.	Nos observations.		Cas de Winiwarter.	
	Nombre total.	Proportion p. 100.	Nombre total.	Proportion p. 100.
Dans le cours du 1er mois	2	8.70	60	65.8
De la fin du 1er à la fin du 3e mois.	1	4.35	15	16.4
Du commencement du 4e à la fin du 6e mois	4	17.39	3	3.3
Du commencement du 7e à la fin du 9e mois	5	21.74	3	3.3
Du commencement du 10e à la fin du 12e mois	3	13 04	5	5.5
Du commencement du 12e à la fin du 18e mois	4	17.39	»	»
Après 18 mois	1	4.35	2	2.2
Après 2 ans	1	4.35	2	2.2
Après 3 ans 1/2	»	»	1	1.1
Après 4 ans	1	4.35	»	»
Après 4 ans 3/4	1	4,35	»	»

Cette comparaison montre combien les indications opératoires posées pour le cancer du sein peuvent retentir sur la rapidité des récidives.

Sur dix-huit récidives locales, la maladie reparut sept fois

dans les glandes de l'aisselle, six fois sur le même sein ou ses téguments, trois en deux endroits en même temps, deux fois dans le grand pectoral. Parmi les six récidives dans le même organe, nous trouvons deux cas dans lesquels il y avait, outre le carcinome du sein, des noyaux squirrheux dans la peau : il fut impossible d'arrêter la dégénérescence; pour les quatre autres cas, il est permis de croire que l'on eût prévenu la récidive en faisant l'amputation du sein au lieu de l'extirpation simple de la tumeur. Quand on relit l'observation XI, celle de la nommée Stigell, à laquelle nous avons si souvent fait allusion, on ne saurait s'empêcher de penser que si, dès le début, on eût enlevé tout le sein, on eût probablement obtenu un succès définitif. De même, chez la malade de l'observation XXXI, dont la glande était restée si longtemps indifférente à l'action exercée contre le bord du châssis, il est probable qu'une ablation radicale dès le début eût mis à l'abri des récidives. On se résout difficilement, il est vrai, à enlever chez des femmes jeunes encore un organe presque entièrement sain en apparence et à cause d'une éventualité incertaine; mais il ne faut pas oublier qu'une mamelle dans laquelle s'est développé un noyau cancéreux, tant petit soit-il, ne doit pas être regardé comme absolument sain; qu'elle présente une prédisposition morbide assez redoutable pour que le chirurgien se résolve à le sacrifier. On pourrait songer dans un but prophylactique à l'extirpation des ganglions et d'une partie du tissu cellulaire de l'aisselle, même quand ils ne sont pas envahis, parce que le tissu de cicatrice constituera une barrière que ne pourra franchir le cancer, et que l'on aura des chances de prévenir l'infection ayant pour point de départ la lésion primitive.

Lorsque la tumeur récidive dans les glandes lymphatiques axillaires, les malades paraissent avoir en général devant elles un à deux ans de vie.

C'est une grave question de savoir si la vie des personnes qui succombent avec des récidives a été prolongée par le fait de l'opération. Pour répondre, deux moyennes sont nécessaires : l'une donnera la durée à partir du début du cancer chez les

opérées, l'autre la même durée chez les personnes pour lesquelles on n'est pas intervenu.

Afin d'établir la première, je vais réunir dans un tableau ces données, fournies par les 14 observations complètes de mes opérées :

Numéros d'observations et noms.	Ages.	Durée de la maladie.
2. L. Rikberg	48 ans.	3 ans 9 mois.
3. A. Björkman	44 ans.	2 ans 4 mois.
4. U. Thorrigge	49 ans.	2 ans 9 mois.
6. Cl. L...r	42 ans.	3 ans 6 mois.
11. E. Stiggel (à partir de la 1re récidive).	36 ans.	4 ans.
16. M.-L. Andersdotter	60 ans.	4 ans 3 mois.
17. A. R...mpf	59 ans.	5 ans 2 mois.
18. A. S...s	35 ans.	1 an 9 mois.
23. M.-S. Tallboskis	50 ans.	3 ans 9 mois.
26. E.-S. Lindfers	51 ans.	2 ans 5 mois.
45. K. Hyttinen	46 ans.	4 ans 3 mois.
46. E.-F. Anderson	45 ans.	2 ans 6 mois.
47. E. S...r	46 ans.	2 ans 1 mois.
49. Ch. R	58 ans.	3 ans 3 mois.

Ceci nous donne une *durée moyenne de trois ans trois mois chez les personnes opérées.* Winiwarter a trouvé précisément les mêmes chiffres. Si l'on comptait à partir du début pour la malade de l'observation au lieu de compter, comme nous l'avons fait, à partir de la première et si on laissait de côté l'observation XIII, renfermant un fait tout spécial, cette moyenne s'élèverait de cinq mois.

Comme je l'ai déjà dit, nous manquons de matériaux suffisants pour établir la durée moyenne du carcinome ordinaire du sein non opéré ; dans le cas enregistré, elle a dépassé celle qu'a donné Winiwarter. Mais, si nous acceptons son chiffre de trente-deux mois neuf dixièmes, nous verrons que le bénéfice de l'opération n'est guère qu'une survie de six mois. Si l'on n'avait pas l'espoir d'arriver à une guérison radicale, ce serait à se demander si l'on doit, pour une prolongation si minime, soumettre les cancéreuses à un traitement qui comporte vingt

chances pour cent de mort, d'autant mieux qu'une partie du temps gagné est occupé par la cicatrisation de la plaie.

Je reviendrai un instant avant de terminer sur l'obs. XVIII. Le cas qu'elle renferme est peut-être unique dans la littérature chirurgicale : Une femme de 35 ans, solide et bien portante, qui a eu sept accouchements en treize ans de mariage est atteinte d'une infiltration cancéreuse aiguë de la glande mammaire et de son enveloppe cutanée pendant qu'elle allaite son dernier-né. Volkmann a bien observé une infiltration analogue des deux seins; mais, malgré cela, la chose peut être considérée comme très rare. Ce qui l'est plus encore, c'est la résorption du tissu cancéreux à une certaine période de la maladie; je n'ai pu en trouver d'exemple dans la littérature. Dans plusieurs de ses grossesses, elle avait présenté un peu d'ostéomalacie; mais, quand elle fut prise de cancer, quelques mois après le début d'une dernière grossesse, les symptômes de l'affection osseuse s'accusèrent davantage, et lorsque l'accouchement prématuré artificiel eût été fait, en partie à cause d'elle, en partie à cause du cancer, l'ostéomalacie commença à guérir, de même que les noyaux et les ulcérations cancéreuses. Il est impossible qu'il y ait eu une erreur d'observation; on sentait parfaitement la consistance du néoplasme, on voyait l'ulcération; après l'accouchement, on constata que les noyaux se resorbaient, que non seulement la tumeur du sein et les ganglions de l'aisselle diminuaient de volume, mais ce qui était encore plus frappant, que, sans aucune modification du traitement employé jusqu'alors, l'ulcère changeait d'aspect : ses bords étaient de moins en moins renversés, ils guérissaient en un mot. Il ne pouvait être question d'aucune méprise, mais, comment s'expliquer un phénomène aussi extraordinaire que la formation et la résorption d'éléments cancéreux? On sait qu'après l'accouchement il se fait dans l'organisme une grande révolution ; elle fut tellement manifeste dans ce cas que l'ostéomalacie se guérit très vite, malgré le mauvais état général. Les seins ont participé en premier lieu à cette révolution, mais elle eût pu tout aussibien amener la prolifération des éléments can-

céreux que leur résorption. Il est également difficile d'établir une relation entre l'affection osseuse et le cancer, bien que, quand une amélioration se produisit d'un côté, elle se montra également de l'autre. Il est impossible de s'expliquer d'une manière rationnelle ce commencement de guérison naturelle ; le fait n'en est pas moins très intéressant, car il montre que les éléments cancéreux peuvent parfois se résorber, et qu'il n'est pas impossible qu'à un certain moment on puisse guérir la maladie par d'autres moyens qu'une opération. Si leur tendance dégénérative n'est pas fatalement insurmontable, s'ils peuvent subir une métamorphose régressive et se résorber, on entrevoit théoriquement la possibilité qu'un jour la médecine interne puisse déterminer ou accélérer cette résorption.

Sarcome mammaire.

Les différences cliniques entre le sarcome et le carcinome du sein sont peu caractéristiques. Le premier ne possède pas une seule particularité que l'on ne rencontre chez le second. L'un et l'autre peuvent commencer par une petite tumeur qui grossit, s'ulcère, envahit les ganglions et tout l'organisme. Mais on peut trouver, dans le caractère de cette évolution, des données qui permettent d'arriver à fixer avec une certitude relative la nature même du néoplasme. Je vais les rappeler brièvement ici.

Le sarcome se présente ordinairement au début sous forme d'une petite tumeur, développée dans le tissu celullaire sous-cutané de la partie supéro-externe du sein et sans adhérences à la glande. Cette production peut rester plusieurs années sans éprouver aucun changement, comme dans l'observation IV, donnée plus loin ; mais ordinairement son accroissement est continu ; lent d'abord, il devient à la fin beaucoup plus rapide que celui du carcinome, de sorte que la tumeur atteindra souvent un volume plus considérable que lui. Elle s'ulcère rapidement, et la perte de substance cutanée aquiert très vite une grande

étendue. A ce moment, les ganglions se prennent, mais parfois ils restent intacts, lors même qn'il existe de larges ulcères (voy. obs. IV). Ils sont ordinairement moins tranchés que dans le cancer. L'état général souffre moins; on voit parfois des malades ayant de vastes ulcères du plus mauvais aspect, qui présentent les apparences d'une excellente santé.

Au contraire, le carcinome commence ordinairement dans la glande même ou dans la peau. Les différences entre la rapidité du développement de la tumeur au début et à la fin sont moins sensibles; l'ulcération est plus tardive et elle n'acquiert pas les mêmes proportions; mais, avant tout, l'invasion ganglionnaire est plus précoce; dans les formes les plus graves elle est presque initiale, ce qui implique une infection de l'organisme beaucoup plus hâtive. Ces différences ne sont que relatives et cependant avec leur aide on pourra presque toujours faire le diagnostic. Ce qu'il y a de particulièrement caractéristique, c'est la dissemblance qui existe entre le développement d'un processus dégénératif local et l'infection générale.

Il est important de bien distinguer les deux maladies, parce que le pronostic du sarcome est meilleur que celui du carcinome; et, dans certains cas, les lésions sont telles que l'on ne pourrait songer à une opération s'il s'agissait d'un carcinome, tandis qu'on peut intervenir encore avec de grandes chances de succès lorsque l'on est en présence d'un sarcome. Plusieurs de nos observations vont le démontrer.

Voyons maintenant, d'après l'ordre chronologique, celles qui nous serviront de base.

Obs. I. — M. Ch Nyman, 51 ans, célibataire, de Helsingfors, a remarqué un peu plus de trois ans avant son entrée à la clinique qu'elle avait une tumeur du sein droit. Au moment de sa réception dans les salles, le 29 mars 1860, cette production a le volume d'une pomme; elle est noueuse à la surface et adhère à la peau, mais n'est pas ulcérée; téguments violacés, amincis, parcourus par de grosses veines. Après l'opération faite, le lendemain, on vit que l'on avait eu affaire à un cysto-sarcome. Sort guérie, le 24 mai 1860. Je n'ai pu obtenir de renseignements ultérieurs sur elle.

Obs. II. — Johanna Gabrielsdotter, 50 ans, femme d'un tailleur d'Uskela, mère de deux enfants dont le plus jeune est âgé de 11 ans. N'a jamais été malade jusqu'en 1861. Pendant l'été de cette année, elle s'aperçut qu'elle avait un noyau de la grosseur de la pulpe de l'index au-dessus du mamelon gauche. Il se développa peu à peu et devint saillant sans être douloureux. Vers le temps de Noël, il commença à s'ulcérer pendant qu'il continuait toujours de grossir. Plus tard, elle resentit de légères douleurs dans le sein. A son entrée à la clinique le 19 septembre 1862, cette personne paraît robuste et bien portante. Dans la mamelle droite, on trouve une tumeur dure et noueuse, saillante au-dessus du mamelon et mesurant 3 pouces dans le sens vertical. Elle est recouverte en partie par une ulcération de 1/2 pouce de large, à bords renversés, de coloration rouge pâle sale; granulations luxuriantes, sécrétion d'un brun sombre et de mauvaise odeur; vers le bord inférieur de la perte de substance, on pénètre dans une cavité remplie d'une masse de détritus, à parois inégales, ulcérées, cavité creusée dans l'épaisseur même de la tumeur. De celle-ci au creux axillaire s'étend une bride épaisse et dure; plusieurs ganglions durs et tuméfiés, mais toujours mobiles.

20 septembre 1862. — Ablation du sein en totalité et des ganglions envahis. On est obligé de laisser au-dessous de la clavicule plusieurs ganglions qui semblent pris. L'examen histologique montre que la production est constituée surtout par des cellules géantes. La plaie guérit sans accident, et la malade quitte l'hôpital, le 27 octobre 1862. Je n'ai pu, malgré plusieurs tentatives faites pour cela, avoir de renseignements sur ce qui s'est passé depuis lors.

Obs. III. — Urika Hammarin, 32 ans, femme d'un ouvrier tailleur de Helsingfors, remarqua en 1858, peu de temps après avoir allaité son premier enfant, qu'elle avait à 1/2 pouce au-dessous du mamelon gauche une tumeur rouge, pas plus grosse qu'une tête d'épingle, qui lui semblait siéger dans la peau; mais peu à peu elle devint plus saillante et prit l'aspect d'une petite éponge pédiculée. Elle se développa très vite, se mit à saigner avec la plus grande facilité, à tel point qu'une fois plusieurs artères donnaient des jets. Les choses restèrent dans le même état pendant deux ans, puis, à la suite d'une hémorrhagie profuse, elle se décida à entrer à la clinique.

3 décembre 1864. — Anémie secondaire très prononcée. A la partie inférieure du sein gauche, on voit une tumeur pendante, légèrement

lobulée, mesurant 12 centimètres dans le sens horizontal et 10 dans le sens vertical. Au milieu, elle a une épaisseur de 6 centimètres et 1 centimètre seulement vers les bords. La peau qui la recouvre est violacée, très mince, excoriée par places ; cette tumeur est suspendue à un pédicule dont l'épaisseur minimum est de 1 centimètre, la longueur de 3, et qui s'insère à 1/2 pouce au-dessous du mamelon gauche.

Le lendemain, extirpation de la tumeur et des parties du sein avoisinant l'insertion du pédicule, y compris le mamelon.

Diagnostic anatomique. — Sarcome de consistance molle, à cellules rondes et parsemé dans son épaisseur de cavités plus ou moins grandes, remplies de sang.

La plaie guérit bien, et pendant deux ans la mamelle resta parfaitement saine. A partir de ce moment, la malade remarqua qu'une nouvelle tumeur se montrait au-dessus du point où siégeait la première. Voyant qu'elle augmentait peu à peu, elle entra de nouveau à la clinique le 10 novembre 1879 ; à ce moment, on constate la présence d'une production noueuse à fausse fluctuation ayant le volume d'une pomme ; la peau qui la recouvre est violacée, amincie, adhérente, mais non ulcérée. Elle siège à 1 centimètre au-dessus du point où s'insérait le pédicule. Ganglions de l'aisselle sains.

12 novembre 1869. Extirpation de la tumeur avec l'écraseur. Elle est de même nature que la première ; le 26 novembre, elle sort en convalescence. J'ai réussi à retrouver cette malade ; le 20 octobre 1879, le sein et l'aisselle ne présentaient pas la moindre trace de récidive.

Obs. IV. — A. M..... n, 62 ans, célibataire, de Helsingfors, remarqua déjà en 1862 qu'elle avait une tumeur à la partie supérieure du sein gauche, mais elle ne peut donner sur elle aucun renseignement. Ce néoplasme ne se développa que peu ou point jusqu'au printemps de l'année 1868. A ce moment, il devint le siège de douleur et de cuisson, la peau devint violacée, et deux ulcérations se firent ; elles s'étendirent et se réunirent.

La malade entre à la clinique le 7 juin 1869. C'est une personne de constitution moyenne et de bonne apparence. On trouve sur le sein un ulcère long de 9 centimètres, large de 7, rempli de végétations abondantes, de fragments de tissu sphacélé et de sérosité sanglante.

Il recouvre une tumeur noueuse qui occupe toute la partie supérieure du sein. Celui-ci est amputé le même jour.

Examen histologique. — Sarcome à cellules géantes ; la malade sort guérie le 28 juin. Je l'ai retrouvée en très bonne santé le 1er novembre 1878. La cicatrice était mobile et sans traces de récidive.

Obs. V. — Catherine Nymann, 54 ans, femme d'un manouvrier de Helsingfors, reçut pendant le printemps de l'année 1867 un coup violent sur le sein gauche. Elle portait avec une autre personne un baquet plein d'eau. Celle-ci lâcha l'extrémité du levier qu'elle tenait, et la première personne fut frappée par l'autre.

Une tuméfaction de la glande suivit le coup; elle resta pendant quelque temps stationnaire, puis elle se mit à augmenter très rapidement. Au moment de son entrée à l'hôpital, cette personne est vigoureuse et paraît bien portante. Rien dans les viscères. A la partie supérieure du sein gauche, on trouve une tumeur noueuse, mobile, grosse comme le poing. La peau qui la recouvre est amincie, violacée, parcourue par de grosses veines, mais non ulcérée. Dans le creux de l'aisselle, quelques ganglions sont pris. Le lendemain, extirpation de la tumeur et des ganglions.

Diagnostic microscopique. — Sarcome à cellules rondes; la plaie guérit sans accidents, et la malade sort le 29 janvier 1870.

20 octobre 1879.—J'ai revu la malade : cicatrice longue de 5 pouces, large de 1 ; pas de traces de récidive.

Obs. VI. — A. Bergholm, 48 ans, domestique de Helsingfors, a observé le 1er mai 1871 une tumeur mobile, grosse comme la pulpe de l'index, placée sous la peau à 1 pouce au-dessus du sein droit. Ce noyau s'est développé en restant indolent, et, au moment de son entrée à la clinique, il a le volume d'un œuf de poule.

18 juillet 1871. — Malade vigoureuse, de bonne apparence. La peau qui recouvre sa tumeur n'est pas encore ulcérée. Rien dans l'aisselle. Extirpation le 21 juillet.

Examen microscopique. — Sarcome à cellules géantes. Sort avant que la plaie soit fermée, Guérison complète le 21 août.

Rien de nouveau jusqu'au 1er novembre 1873; à ce moment, petit noyau sur la cicatrice au-dessus du point où se trouvait la première tumeur. La récidive atteint le même volume que celle-ci, et les ganglions de l'aisselle se prennent. Rentre à l'hôpital le 3 mars 1874.

24 mars. Extirpation de la tumeur. La malade ne veut pas qu'on enlève les ganglions, quitte l'hôpital le 13 avril; la plaie est guérie.

24 septembre. Revient pour qu'on enlève les ganglions. Ablation le 9 novembre. Sort guérie.

6 décembre. Rien dans le sein, quelque douleur du côté d'un ganglion de l'aisselle.

Obs. VII. — J.-R. K..., 78 ans, veuve de Helsingfors, a observé, il y il y a trois ans, une tuméfaction de la partie supérieure du sein droit. Pas d'anomalies de la sensibilité au même endroit; elle ne rattache cette production à aucune cause. La tumeur, grosse comme une fève au début, augmenta peu à peu, et au moment de l'entrée de la malade à la clinique elle avait le volume d'un œuf; elle s'était ulcérée et accompagnée de gonflement des ganglions de l'aisselle, La malade entre à la clinique le 1er novembre 1875.

A ce moment, c'est une personne forte et de bon aspect. Dans la partie supérieure du sein droit, on trouve une tumeur noueuse, mobile, indépendante de la glande; elle a la taille d'une grosse pomme, est recouverte par une ulcération de 6 centimètres de diamètre environ; la peau est violacée et parcourue par de grosses veines. Dans le creux de l'aisselle, on trouve un paquet de ganglions volumineux, mais mobiles. Opération le même jour.

Examen histologique. — Sarcome à cellules rondes. Guérison sans accidents. Sort le 30 novembre.

3 janvier 1880. Vue pour la dernière fois: cicatrice normale, pas de trace de récidive.

Obs. VIII. — Frederika Pänninen, domestique du Ruovesi, remarqua à la fin du mois d'août 1876, à la partie supérieure du sein droit, un noyau gros comme un pois, survenu elle ne sait par quelle cause. Plus tard, fréquentes sensations de cuisson; le développement continue jusqu'en mai 1877; à ce moment, elle ouvrit la tumeur avec une grosse aiguille. L'ulcération s'agrandit rapidement, et la malade se décida à faire le voyage de Helsingfors.

Au moment de son entrée, on constate l'état suivant: Personne bien constituée, un peu pâle. A la partie supérieure du sein droit, tumeur dure, mobile, mal limitée, de la grosseur d'une pomme. Ulcération mesurant 18 centimètres dans le sens longitudinal, recouverte d'un

amas de bourgeons charnus et de détritus gangréneux. Rien dans le mamelon et la partie inférieure de la glande. Dans le creux axillaire, ganglions de la grosseur d'une noix, mais indolents. Ablation de la tumeur et de toute la mamelle, en même temps que des ganglions de l'aisselle.

5 juillet 1877. La malade retourne chez elle après que la plaie a guéri sans accident.

20 octobre 1879. J'ai appris par lettre que tout allait bien ; seulement la cicatrice était un peu dure et douloureuse.

Obs. IX. — W.-R. U..., 66 ans, célibataire, de Karleby-le-Vieux. Une de ses tantes maternelles est morte d'un cancer du sein. Remarqua pendant l'été de 1876 qu'en un point de la mamelle droite situé du côté de l'aisselle il y avait un froncement de la peau ; deux mois plus tard, elle découvrit au même endroit une induration de 2 pouces de diamètre, à laquelle adhéraient les téguments, d'ailleurs intacts. Elle se plaignait seulement de temps en temps de douleurs légères. Un an avant son entrée, cette induration commença à s'ulcérer, et depuis 6 semaines environ il y a un gonflement du bras.

30 octobre. On constate l'état suivant : Taille ordinaire, obésité, pâleur sans reflet jaune ; un peu de catarrhe bronchique, développé pendant un long voyage. A part cela, rien dans aucun organe. Enorme tumeur ulcérée, s'étendant du mamelon gauche au creux axillaire ; ulcération à bords durs et renversés ; la tumeur est immobile sur la paroi thoracique et le grand pectoral, qui paraît à nu au fond de l'ulcère. Tumeur dans le creux sous-claviculaire ; le grand pectoral paraît lui-même soulevé par des productions sous-jacentes. Avant l'entrée de la malade, je refuse à plusieurs reprises d'opérer. Cependant songeant que le néoplasme était d'une nature relativement peu maligne, je me résignai à en tenter l'extirpation. Pendant l'opération je m'aperçus, comme je l'avais craint, que la masse ganglionnaire adhérait tellement à la veine axillaire que je ne pourrais pas l'en détacher complètement, quoique je la poursuivisse très loin. La tumeur était un sarcome à cellules rondes ; dans les premiers jours, tout alla bien malgré une suppuration assez abondante ; mais bientôt se montra un érysipèle, qui devint gangréneux et enleva la malade le 14 octobre 1879. Rien d'anomal dans les organes internes. Veine axillaire oblitérée par un thrombus.

Afin de donner une vue générale des cas ci-dessus rapportés, je vais les résumer dans le tableau suivant :

Noms des opérées.	Age.	Etat civil.	Côté de la tumeur,	Temps écoulé depuis le début de la maladie jusqu'à l'opération.	Recidive, temps après l'opération.	Guérison, temps après l'opération.	Mort, temps après l'opération.
				Ans. Mois.		Ans. Mois	Jours.
M.-C. Nyman........	51	Célibat.	Droit.	»	»	»	»
J. Gabrielsdotter	50	Mariée.	id.	1 2	Probable.	»	»
U. Hammarin, 1re op.	32	id.	Gauche.	5 6	2 ans.	»	»
2e op.	37	id.	id.	11 6	»	10 »	»
A. M...n............	62	Célibat.	id.	7 »	»	10 5	»
K. Nynam...........	54	Mariée.	id.	2 8	»	9 11	»
A. Bergholm, 1re op..	48	Célibat.	Droit.	» 3	ans. 3 m.	»	»
2e op.	50	id.	id.	2 10	»	5 9	»
J. R...ch............	78	Mariée.	id.	3 »	»	4 2	»
Fr. Hänninen........	51	Célibat.	id.	5 11	»	2 4	»
W. K...u............	66	id.	Gauche.	3 »	»	»	11

Une statistique, tirée d'une quantité si restreinte de faits ne saurait avoir, je l'avoue, une bien grande autorité ; on doit cependant la donner, d'autant mieux qu'il n'y a eu, que je sache, aucune tentative de faite jusqu'ici dans ce sens.

La maladie se répartit à peu près également entre les femmes mariées et les célibataires. Sur nos neuf observations, quatre concernent les premières et cinq les secondes ; cependant, si l'on tient compte de l'excédent numérique de la population féminine appartenant à la première catégorie, la supériorité du second chiffre paraîtra encore plus frappante.

Relativement au côté intéressé, les quantités sont aussi égales qu'elles peuvent l'être : le côté droit a été pris cinq fois, le gauche quatre.

Sur les huit cas dans lesquels le siège est précisé, on voit que la tumeur s'est toujours développée dans la partie supéro-externe du sein ou bien au-dessus de lui, sauf dans l'observation III.

qui à d'autres points de vue constitue une exception. La tumeur s'était developpée certainement aux dépens de la peau, et, au lieu d'accomplir au-dessous d'elle son évolution ultérieure, elle se tenait, pour ainsi dire, hors de l'organisme, avec lequel elle n'était en connexion que par son pédicule. Le sarcome ressemble donc au cancer par son siège, mais il en diffère par le peu de rapports qu'il a au début et parfois même beaucoup plus tard avec la glande mammaire. Dans nos faits, les commémoratifs et l'état actuel nous ont montré que souvent, très souvent même, la néoplasie apparaît à 1 ou 2 centimètres au delà des limites de la glande, et qu'elle ne la touche que par le fait de son développement ultérieur.

Le sarcome des autres organes diffère du carcinome en ce qu'il atteint de préférence les jeunes sujets. Nos observations tendraient à démontrer qu'il n'en est pas de même pour le sein. La maladie se présente à peu près au même âge que le cancer vrai. La plus jeune femme chez laquelle elle était observée avait vingt-six ans; c'est le moment le plus précoce où une de nos cancéreuses se soit aperçue de sa maladie.

Dans un autre sens, on peut rencontrer le sarcome plus tard que le carcinome; l'âge moyen des malades est de cinquante-quatre ans dans le premier cas, tandis qu'il n'est que de quarante-huit dans le second. La plus vieille de toutes (soixante-dix-huit ans), avait un sarcome.

Une seule personne accusait le traumatisme, mais son récit était si précis qu'il ne permettait guère le doute : un coup détermine une tuméfaction locale, celle-ci reste pendant quelque temps stationnaire, puis elle s'accroît avec rapidité. On voit qu'il y a une relation directe du traumatisme avec le sarcome comme avec le carcinome.

J'ai cherché à savoir si le processus carcinomateux a plus souvent pour cause des chocs que les altérations consécutives aux mastites de l'allaitement. Il n'y a pas lieu de reprendre cette discussion à propos du sarcome. Celui-ci se développe dans le tissu cellulaire sous-cutané; il n'intéresse la glande que tardivement; lorsque son volume a augmenté, c'est assez dire

qu'il ne faut pas chercher dans les fonctions de celle-ci l'origine de la tumeur. Du reste, pas une seule malade ne nous a donné un renseignement propre à nous engager dans cette voie.

J'ai vu une fois, en un autre point du corps, un néoplasme tout à fait analogue à ceux qui se développent dans le tissu cellulaire sous-cutané à la suite des transmatismes. En voici l'observation :

Thomas H....la, 38 ans, juge à Kajana. Père mort de cancer. Deux ans avant sa réception à la clinique, il eut sur le côté externe du mollet droit un furoncle peu volumineux, qui laissa après sa dispararition un peu d'induration dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Vers le milieu de décembre 1870, il remarqua que l'induration augmentait de volume, et au commencement de février les ganglions inguinaux se prirent. Très occupé à ce moment par ses fonctions, il ne prit aucune précaution; au commencement du mois de mars, voyant que la tumeur ganglionnaire de l'aine avait acquis le volume de la moitié d'une tête d'enfant, il se décida à faire le voyage d'Helsingfors et fut reçu à la clinique le 9 mars 1871.

Cet homme que j'avais connu naguère rose et frais, avait été un de mes condisciples au gymnase et à l'université ; il avait alors la teinte jaune-paille; il était amaigri ; ses forces avaient notablement diminué il avait perdu l'appétit et le sommeil et avait des sueurs nocturnes; constipation habituelle. A la partie supérieure du mollet droit, on trouvait dans le tissu sous-cutané une tumeur arrondie de 1/2 pouce de diamètre ; la peau qui la recouvrait était rougeâtre. Sur le côté interne ou externe de la cuisse, à 1 pouce au-dessus du genou, deux autres tumeurs plus petites, mais de même nature que la première. Au-dessous de l'arcade crurale, à la partie supérieure de la cuisse, on voit une tumeur noueuse, grosse comme la moitié d'une tête d'enfant ; la peau, mince comme du papier, est violacée; dans son épaisseur et tout autour de la masse principale, on trouve d'autres tumeurs du volume d'une noix, s'étendant jusque sur les téguments de l'abdomen, qui sont tuméfiés et indurés. Le malade se plaint de douleurs continuelles dans le voisinage de la grosse tumeur. Toutes ces productions, surtout la plus volumineuse, grossissent avec une effrayante rapidité. De nouveaux noyaux se montrent au mollet; ces tumeurs s'ulcèrent, de même que celle de l'aine, et pendant les derniers jours

elles donnent lieu à d'abondantes hémorrhagies. Œdème sous-malléolaire d'abord ; plus tard, il occupe les deux extrémités inférieures et le scrotum. Les sueurs deviennent de plus en plus abondantes; elles durent même le jour, et le malade succombe le 19 avril.

Autopsie, quarante-huit heures après la mort. — Rien dans les viscères thoraciques, sauf de l'œdème à la base des deux poumons ; petits épaississements d'un blanc grisâtre de la capsule de Glisson et de la capsule de la rate. A la coupe, on voit que la tumeur inguinale est constituée par une masse encéphaloïde ponctuée d'exsudats sanguins. Le péritoine est refoulé loin de la symphyse pubienne par la masse sarcomateuse, et le détroit supérieur du bassin est rétréci à tel point que l'on peut à peine introduire la main. En arrière, cette masse se prolonge sur la colonne vertébrale en suivant les gros vaisseaux. Au niveau de la subdivision de la veine cave inférieure, on trouve un caillot adhérent qui se prolonge en haut et en bas et présente latéralement une rainure correspondant au canal rétréci par lequel passait le sang.

Les commémoratifs montrent aussi clairement que possible que la dégénérescence a commencé dans le tissu cellulaire sous-cutané. Il est probable que le dépôt laissé là par le furoncle était analogue à ceux qui restent dans le même tissu à la suite des traumatismes.

La remarque la plus importante à tirer des observations rapportées ici, c'est que réellement la malignité du sarcome est moindre que celle du carcinome. J'ai déjà dit que les premières tumeurs prennent plus tard et à un moindre degré les ganglions de l'aisselle; en outre, l'infection paraît marcher beaucoup moins vite dans le sarcome que dans le carcinome. Bergheim, la malade de l'observation VI, ne voulut point qu'on enlevât les ganglions axillaires en même temps que le sarcome mammaire, récidivé sept mois plus tard ; la tumeur avait peu augmenté et l'état général était excellent ; quand on les extirpa, elle guérit. Si au lieu d'un sarcome elle eût eu un carcinome, son caprice l'eût infailliblement tuée à échéance plus ou moins longue. La longue durée de l'infection dans le sarcome en rend le pronostic relativement meilleur que celui du carcinome. Si, sur les neuf

cas rapportés, nous faisons abstraction des deux dans lesquels le résultat définitif n'a pu être connu, il nous en reste six qui ont été suivis de guérison (85,7 0/0) et un de mort (14,3 0/0). Peut-être eût-on pu se dispenser d'opérer les femmes des observations II et IX, chez lesquelles la dégénérescence était trop étendue pour qu'il fût possible de conserver l'espoir d'une extirpation radicale. Si donc on retranche ces deux cas et le premier, dont le résultat final a été très probablement favorable, il ne nous restera plus que des succès.

J'ai signalé au début de ce mémoire les imperfections que présentent encore aujourd'hui les statistiques sur le cancer du sein. Pour y suppléer et rendre ces statistiques aussi sûres et aussi complètes qu'il serait nécessaire, il faudrait d'abord que les mêmes divisions cliniques fussent adoptées partout, ensuite que le nombre des observations fût assez grand pour permettre de tirer des conclusions presque certaines. C'est en procédant ainsi qu'on obtiendra les matériaux indispensables et que la pratique d'une seule personne ne saurait fournir. Tant que ces éléments nous feront défaut, nous ne pourrons donner autre chose que des essais plus ou moins incomplets. Ils auront au moins l'avantage de fixer l'attention sur ce point et de contribuer dans une certaine mesure à la solution du problème.

REVUE CLINIQUE.

MATERNITÉ D'ANGERS

SERVICE DE M. LE PROFESSEUR GUIGNARD.

Observation recueillie par le Dr Ambroise GUICHARD.
Professeur suppléant d'accouchement.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE PÉRITONÉALE AU HUITIÈME MOIS, PRISE POUR UNE GROSSESSE UTÉRINE AVEC PRÉSENCE D'UN CORPS FIBREUX. — RUPTURE DU KYSTE. — MORT DE LA FEMME ET DE L'ENFANT. — DÉVELOPPEMENT ANORMAL DU PLACENTA. — AUTOPSIE.

Marie Billard, 28 ans, domestique est entrée à la Maternité le 22 novembre 1880.

Réglée pour la première fois à l'âge de 11 ans; la malade a eu, il y a cinq ans, une première grossesse; elle est accouchée très heureusement d'un enfant vivant, et les suites des couches ont été normales.

Jusqu'au mois d'avril 1880, les règles sont apparues à leur époque régulière; elles devaient venir le 1er avril et n'ont paru que le 8 avril; mais l'écoulement du sang a persisté pendant sept semaines; peu abonbant d'abord, il s'accompagna dans la dernière semaine de caillots.

Dès le début de la perte, la malade a éprouvé du dégoût, des envies de vomir, qui lui font supposer qu'elle pouvait être enceinte; elle avoue parfaitement s'y être exposée, et, d'après elle, le début de cette seconde grossesse pourrait avoir eu lieu avant cette perte.

Malgré cette métrorrhagie, la malade peut continuer son service de cuisinière pendant les mois de mai, juin et juillet.

Au mois d'août, elle a été prise subitement d'un craquement dans le côté gauche du ventre avec douleur très vive, tendance

à la syncope, sueurs froides, bouffées de chaleur à la face; il y eut quelques vomissements, et le ventre grossit; à partir de ce moment elle a toujours été alitée.

M. le Dr Gardon, des Ponts-de-Cés, et M. le Dr Dezanneau, appelés, en consultation, constatèrent de la pelvi-péritonite, qui nécessita l'application de sangsues etc.

Après être restée en traitement six semaines chez ses maîtres, elle entra dans les premiers jours du mois d'octobre, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le Dr Meleux.

Notre honorable confrère constata la présence de deux tumeurs distinctes, l'une à gauche, du volume d'une pomme, mobile, assez dure et semblant adhérer par une pédicule; l'autre à droite, moins mobile et paraissant fluctuante; enfin, les battements du cœur fœtal étant devenus manifestes, il n'y eut plus de doute sur la certitude de la grossesse.

Pendant son séjour dans le service, la femme Billard eut encore une nouvelle poussée de peritonite, qui sembla, comme la première fois, mettre ses jours en danger; les accidents généraux s'amendèrent, quoique la malade se plaignit constamment de douleurs vives dans le ventre.

Examen du 27 novembre 1880.—Facies pâle, amaigri, expression de souffrance; douleurs spontanées assez vives, partant du côté gauche, arrachant des plaintes à la malade, douleurs produites par la palpation abdominale, par les moindres mouvements et qui sont calmées par des injections hypodermiques de morphine.

A la percussion, matité s'élevant jusque dans le creux épigastrique, suivant une ligne oblique allant de gauche à droite et de haut en bas.

A la palpation, on perçoit d'une façon très nette (la paroi abdominale présentant peu d'épaisseur, ainsi que les tissus sous-jacents à cette paroi), en haut et à droite de l'ombilic, une grosse tumeur arrondie, mobile, qu'on déplace facilement; c'est la tête. A gauche et en haut, bien au-dessus de l'ombilic, de petites extrémités fœtales, rendues non douteuses à cause des mouvements actifs; sur la partie médiane et au-dessus de l'om-

bilic, se trouve le tronc du fœtus donnant la sensation d'une petite résistance inégale.

Le fœtus est donc transversalement situé au-dessus de l'ombilic, et suivant la ligne oblique que nous avons indiquée à la percussion.

Au-dessous du fœtus, qui est assez mobile, on perçoit à gauche une tumeur résistante élastique, occupant toute la partie comprise entre les pieds du fœtus et le détroit supérieur, à droite et au-dessus du ligament de Fallope, on sent une tumeur très dure.

A l'auscultation, on perçoit le maximun des battements du cœur fœtal à trois travers de doigt, au-dessus et à gauche de l'ombilic; on n'entend aucun bruit de souffle dans les fosses iliaques.

Au toucher vaginal, le vagin est normalement conformé. Le col est fortement dévié à droite, et on a peine à l'atteindre; l'orifice externe est très élevé; les lèvres sont peu épaisses, très ramollies; il est très large et l'indicateur y pénètre facilement; on arrive jusqu'à l'orifice interne.

En arrière de la lèvre postérieure du col, et surtout à droite, on perçoit une tumeur élastique, rénittente, paraissant présenter des bosselures; cette tumeur occupe et remplit la moitié supérieure de l'excavation.

Au toucher rectal, on sent encore d'une façon plus nette cette dernière tumeur siégeant à la partie supérieure de l'excavation.

En combinant le toucher vaginal et rectal avec le palper abdominal, l'on constate que cette tumeur du petit bassin n'est que la partie inférieure de la tumeur, perçue au côté gauche de l'abdomen au-dessous des pieds du fœtus.

Les touchers vaginal et rectal sont très douloureux dans les régions latérales.

6 décembre. — La malade se plaint dans la nuit d'une douleur très vive dans l'abdomen, elle est prise de vomissements bilieux et d'évacuations alvines; elle s'éteint doucement à cinq heures du matin.

D'après Mme la maîtresse sage-femme, les mouvements

actifs du fœtus, que l'on avait encore constatés la veille, cessèrent au moment où la malade se plaignit de la vive douleur qu'elle ressentit.

Autopsie. — Le 7 décembre, à 8 heures et demie du matin, en présence de nos honorables confrères, MM. Briand, Dezanneau, Guignard, Meleux et Tesson.

A l'ouverture de l'abdomen, il sort une grande quantité de sérosité sanguinolente, contenant en suspension quelque flocons albumineux, mais pas de pus; la quantité est de 1 litre environ.

La paroi abdominale incisée, on trouve un fœtus du sexe féminin, bien conformé, d'âge correspondant à l'âge de la grossesse (8 à 9 mois); sa peau recouverte d'enduit sébacé était d'un rose légèrement violacé, et la mort devait remonter à très peu de temps.

Le fœtus était traversalement placé au-devant des intestins avec lesquels il était directement en rapport; il était sorti en totalité du kyste, qui présente une large déchirure à sa face antérieure; les parois du kyste sont minces et n'ont que quelques millimètres, 2 à 3 seulement; des caillots sanguins sont accolés aux lèvres de la rupture de la poche.

En suivant le cordon, on arrive sur la masse placentaire, qui présente une forme et un volume insolites; le cordon est inséré en raquette sur le bord latéral droit; une petite portion du placenta, en forme de croissant, fait suite à cette insertion; cette portion est d'épaisseur et de coloration normales; au contraire, tout ce qui constitue la portion gauche supérieure et inférieure du placenta offre un volume considérable. C'est une tumeur d'aspect violacé, présentant de grosses bosselures; tumeur occupant la partie gauche de la cavité abdominale, plongeant dans le petit bassin, ayant au niveau des bosselures, au moins 7 à 8 centimètres d'épaisseur, et refoulant à droite et en avant les ligaments larges et l'utérus qu'elle maintient appliqué contre le détroit supérieur et dont le fond le déborde de quelques centimètres; l'utérus est à l'état de vacuité, quoique plus volumineux qu'à l'état normal.

Quels sont les rapports exacts de la surface d'insertion, l'utérus, les ovaires, les ligaments larges, les parois du petit bassin? Nous n'avons pu, à notre grand regret, le déterminer d'une façon exacte, le cadavre ayant été enlevé, malgré les ordres de M. le professeur Guignard, avant que l'on ait pris la pièce.

Tout ce que nous pouvons dire, c'est que le placenta plongeait dans le petit bassin, occupant le cul-de-sac recto-vaginal, refoulant l'utérus en haut et à droite, et qu'il formait la tumeur bosselée perçue par le toucher vaginal et rectal.

Réflexions.

Cette grossesse extra-utérine appartient à la *variété péritonéale primitive*. L'utérus est en état de vacuité, quoique plus volumineux qu'à l'état normal; la masse placentaire est insérée dans le cul-de-sac recto-vaginal et au-devant du paquet de l'intestin grêle. Si l'on peut émettre une supposition, c'est que l'œuf a dû se détacher de l'ovaire gauche, les rapports du kyste étant plus grands avec cet organe.

Le kyste dont les parois étaient très minces, quelques millimètres seulement, s'est rompu, et le fœtus est passé dans la cavité abdominale; la mort de la femme déjà épuisée ayant suivi de quelques heures cette rupture, l'on n'a pas trouvé de traces de péritonite généralisée, et pas de pus; le liquide sanguinolent, qui s'est échappé à l'ouverture de la paroi abdominale était le liquide amniotique coloré par l'hémorraghie, résultant de la déchirure des parois.

Quant à la péritonite proprement dite dont la malade avait présenté, pour nos confrères, qui l'avaient observée, des symptômes manifestes, cette péritonite n'était pas une péritonite vraie, mais bien le résultat de cette greffe de l'œuf sur le péritoine et du développement de ses différentes parties, du placenta en particulier.

C'est la présence de ce corps étranger greffé sur le péritoine et l'intestin qui était la cause de cette sensibilité excessive du ventre, de ces troubles de digestion : nausées, vomissements;

de cette nutrition imparfaite, qui ont amené, après huit mois, cette femme à un état cachectique grave, qui l'ont mise dans une situation très défavorable pour tenter aucune opération et qui nous ont fait porter un pronostic fatal pour la mère.

Après avoir interprété les differents signes observés au début de la grossesse, nous arrivons au diagnostic.

La palpation et l'auscultation indiquent avec certitude la présence d'un fœtus *situé transversalement au-dessus de l'ombilic*, la tête à droite et les pieds à gauche, le dos sur la ligne médiane.

Mais avait-on affaire à une grossesse utérine ou à une grossesse extra-utérine quoique l'idée de grossesse extra-utérine ait été émise, l'on s'arrêta à la grossesse utérine compliquée par la présence d'une tumeur fibreuse. Après l'autopsie, nous nous demandons encore, dans ce cas complexe, comment l'on serait arrivé à un diagnostic exact.

Le toucher vaginal permettait de constater du côté du col utérin les signes de ramollissement, dus à la grossese chez une multipare, l'indicateur pénétrait jusqu'à l'orifice interne; mais, en raison de la situation très élevée du col, fortement porté à droite, au-dessous du trou ovalaire, il eût été impossible d'aller plus loin. Le cathétérisme utérin, il est vrai, n'a pas été pratiqué, mais dans le cas particulier, il n'aurait pu être un élément de certitude.

Le fœtus était transversalement placé, présentant son plan latéral droit; le toucher vaginal et rectal, le palper abdominal faisaient constater au-dessous de lui la présence d'une tumeur volumineuse et rénitente, faisant corps avec la face postérieure de l'utérus, remontant vers la fosse iliaque gauche et occupant tout le détroit supérieur. Si le cathéter n'avait pu pénétrer au delà de 7 à 8 centimètres, l'on eût conclu qu'il était arrêté par la tumeur ou par une petite partie fœtale. Nous ne pensons pas qu'aucun accoucheur ait pu diagnostiquer que la tumeur, qui était une cause grave de dystocie au détroit supérieur, fût formée par le développement anormal d'un placenta, inséré sur le péritoine viscéral; les cas d'hypertrophie du placenta sont déjà très rares.

C'est la présence même de cette tumeur volumineuse, son aspect bosselé, sa consistance rénitente, ces pertes continues à une certaine époque, qui nous avaient fait croire à une tumeur fibreuse dans la paroi postérieure de l'utérus, car aucun espace ne séparait par le toucher le col utérin de la tumeur située en arrière. Dans cette hypothèse, les poussée péritonéales s'étaient développées autour de ces tumeurs fibreuses, avec un utérus gravide, et la grossesse utérine avait lieu dans la portion libre dont la paroi était considérablement amincie.

En résumé, notre diagnostic était erroné; nous avions affaire à une *grossesse extra-utérine péritonéale avec développement anormal du placenta*; l'ensemble de toutes ces complications réunies devait certes échapper à la sagacité des praticiens les plus expérimentés.

Que dirais-je du traitement?

Rien de parfaitement rationnel ne pouvait être fait avec une erreur de diagnostic ; cependant dans l'hypothèse de dystocie par tumeur fibreuse, occupant le détroit supérieur, et la grossesse étant arrivée dans le neuvième mois il y avait lieu d'agiter la question de gastrotomie; ce que nous avions fait, lorsqu'est survenue la rupture du kyste. La gastrotomie eût permis de sauver très probablement l'enfant; quant à la mère, le pronostic que nous avions jugé très grave, à cause de son état cachectique, devenait presque fatal après l'autopsie; la malade, exposée à la suppuration et aux complications péritonéales, eût infailliblement succombé.

REVUE CRITIQUE.

ETUDE
SUR
LA DESCENTE DANS LES BASSINS NORMAUX

Par le Dr Sabatier,
ancien interne de la Maternité de Lyon, etc.

M. Sabatier nous a fait l'honneur de nous envoyer sa thèse; c'était une sorte d'invitation à lui donner notre avis sur son travail.

Nous sommes d'autant plus heureux qu'il nous ait fourni cette occasion, que son étude, par son étendue, par le soin consciencieux qu'elle révèle, par les connaissances solides dont elle témoigne, peut subir la critique sans rien perdre de ses qualités générales. C'est l'œuvre d'un jeune médecin appelé incontestablement à continuer les traditions de science et de talent, qui font de la Faculté de Lyon, un des centres intellectuels les plus remarquables de notre pays.

Telle est notre impression d'ensemble sur la thèse de M. Sabatier.

Arrivons aux critiques de détail.

Expliquons-nous d'abord sur une doctrine qui domine la théorie de notre confrère.

Pour M. Sabatier, la partie fœtale descend en *ligne droite* jusqu'au fond de l'excavation et c'est par erreur qu'on a pensé, jusqu'ici, que l'extrémité présentée la première devait suivre la courbe du sacrum pour arriver au plancher. Quelques auteurs cités et non cités par M. Sabatier ne partagent pas son opinion; on peut même dire sans exagération que presque tous lui sont *plus ou moins* contraires.

Il serait déjà assez étrange que les plus renommés des accou-

:heurs se soient tous, ou à peu près, trompés sur ce point. Mais :nfin cela n'est pas impossible.

C'est surtout à propos du forceps que l'auteur formule très nettement la conception de la *descente en ligne droite.* Ainsi il dit, page 106 : « *N'est-ce pas là encore une preuve frappante que la descente est rectilique?* »

Plus loin : « *Admirablement conçu au point de vue d'une idée inexacte, le forceps de Tarnier ne peut, en pratique, être accepté par nous, puisque tout notre travail a pour but de soutenir un principe opposé: la descente droite.* »

Nous croyons donc avoir exactement compris la pensée de l'auteur.

M. Tarnier se défendra bien lui-même; nous avons combattu son forceps par des objections qui n'ont point été refutées, mais ici nous viendrions à son aide, s'il en avait besoin, car, pour nous, « *l'idée inexacte* » est sortie du cerveau de notre jeune et savant confrère.

La théorie sur laquelle « *tout le travail* » de M. Sabatier est bâtie est, à la fois, tout à fait *fausse* et tout à fait *vraie*, selon le point de vue auquel on se place. On pourrait dire *vraie* en théorie, *fausse* en pratique. Et voici comment :

Le fameux « *centre de figure* » parti de Lyon et qui a poussé une légère pointe jusque chez notre honorable collègue Tarnier, le fameux « *centre de figure* », disons-nous, a causé tout le mal; nous nous en doutions un peu, mais nous avons voulu la certitude. Nous l'avons.

Pour qu'il n'y eût pas d'ambiguïté, ayant écrit à M. Sabatier de nous définir lui-même ce qu'il entendait, lui, personnellement, par « *centre de figure* », voici sa réponse : « *Le centre de figure d'un corps géométrique est un* POINT IDÉAL *par lequel passent les lignes réunissant des points opposés et symétriques.* »

L'auteur ajoute dans sa lettre :

« *Ce sur quoi je désire insister, c'est que, si les rotations de la présentation et les* TRANSFORMATIONS SUCCESSIVES DU GRAND PLAN CÉPHALIQUE ont à la PÉRIPHÉRIE une ACTION ASSEZ AMPLE pour ne *pouvoir être passée sous silence, il n'en est plus*

de même au centre OU L'ESPRIT CONÇOIT *sans effort, non pas, il est vrai, un point géométrique, mais* UN ESPACE ASSEZ RESTREINT *pour être, dans la discussion* THÉORIQUE, *assimilé à un point immuable sur lequel les* VARIATIONS EXCENTRIQUES *restent à peu près sans effet.* »

Toute la cause d'erreur est dans ces quelques lignes. Sans doute, si l'on considère le « *centre de figure* » seul, comme « *un point ou même un espace assez restreint* », ce point ou cet espace franchiront *en ligne droite*, sans difficulté, un canal, *quelque courbe qu'il soit*, mais ce n'est pas le *centre de figure* qui, *en pratique*, doit parcourir le canal, c'est *la tête*, c'est-à-dire un ovoïde d'abord supérieur en volume, à la capacité du canal qu'il doit suivre, lequel ovoïde ne parvient à être contenu dans ce canal, qu'en s'y amoindrissant, par pression, contre les parois.

Or, si le *centre de figure*, comme vous l'entendez, peut isolément, en théorie, s'engager en *ligne droite*, ce qui est incontestable, *la totalité* de la tête ne peut parcourir l'excavation qu'en suivant la *courbe* des parois du canal.

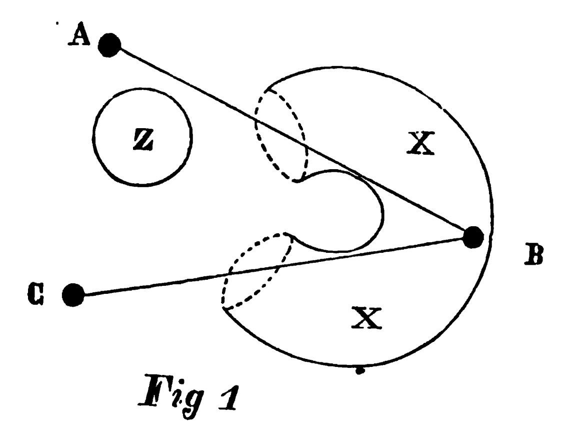


Fig 1

Ainsi, Fig. 1, soit un canal courbe X X dont la paroi antérieure est beaucoup plus courte que la paroi postérieure. Il est évident que le point A, considéré *isolément*, comme «cen-

tre ou espace assez restreint », pourra toujours traverser une grande partie du canal en ligne droite et même le traverser tout entier en suivant plusieurs lignes droites; mais le parcours de ce canal courbe n'est possible pour la sphère Z dont le diamètre est le même que celui du canal, qu'à la condition inéluctable d'en suivre la courbure. De plus, si toutes les parties de la sphère progressent avec la même vitesse, il est clair que la région de cette sphère Z qui se trouve *en avant* sera déja *hors* du canal, alors que la région *postérieure* se trouvera encore fort éloignée de la sortie; d'où la nécessité pour cette région postérieure de tracer une courbure identique à la portion de paroi qui lui reste à parcourir; mais le bassin représentant aussi un canal courbe dont la paroi antérieure est beaucoup plus courte que la postérieure, il en résulte (dans le sommet, par exemple) que l'occiput est déja hors du bassin osseux, quand le front et la face ont encore un long chemin à parcourir. Or, ce qui se passe à la sortie du fœtus, se passe dans des proportions moindres, lors de l'engagement dans le détroit supérieur; d'ailleurs la *direction* de l'axe de ce détroit implique l'impossibilité physique, pour la tête, de parcourir l'excavation en ligne droite, et « *les transformations successives du grand plan céphalique à la périphérie* » non seulement ne peuvent être « *passées sous silence* », mais ces transformations décident toute la question, car elles dominent *toute* la question ou plutôt « *ces variations excentriques* » sont toute la question en pratique.

La preuve irréfutable, c'est que, dans la présentation du *sommet*, en première position, la *face* regarde d'abord *en haut* et en arrière, puis *en arrière*, puis *en bas*, puis directement *en avant*; une autre preuve irréfutable, c'est que dans une présentation du siège, chez une primipare, l'anus de l'enfant est dirigé : d'abord, *en arrière* et *en bas;* puis, directement *en bas*; puis *en avant*; puis, au moment du dégagement, *en haut*, presque directement, le fœtus, parfois, courbé sur son plan latéral, continuant la courbe du bassin.

Ces « *variations excentriques* » se produiraient-elles dans un

canal droit, même quand la paroi antérieure serait plus courte que l'autre?

Si la descente se faisait suivant une ligne très peu courbe, ce ne serait jamais que dans *l'étendue d'une partie voisine du pubis*, c'est-à-dire, dans une région qui ne représente qu'une très petite portion du bassin vivant.

Puis encore cette seule considération de la grande distance à parcourir depuis l'angle sacro-vertébral jusqu'à la fourchette d'une part, et de l'autre, la petite étendue parcourue par la partie fœtale *en avant*, derrière le pubis, rappelant *presque* la marche d'un compas qui trace un demi-cercle, l'une des pointes demeurant au centre, et l'autre traçant une courbe plus ou moins longue. Cette considération seule suffirait pour démontrer la descente en ligne courbe.

L'analogie n'est pas absolument exacte, il est vrai, parce que la région fœtale, qui représente le point de centre, n'est pas complétement immobile *en avant;* mais, tandis qu'elle se déplace dans un très court espace (près du pubis), la région du fœtus, qui se meut *en arrière*, parcourt une étendue relativement très considérable.

La comparaison suivante, encore passible de la même objection que la précédente, se rapproche davantage de la réalité.

Si l'on place horizontalement une règle sur une table, ou, en termes plus généraux, une tige droite, inflexible, sur un plan horizontal; si, fixant l'une des extrémités de la tige, on fait parcourir à l'autre extrémité une courbe plus ou moins étendue, on aura de la sorte une image *comparable* au parcours de la partie fœtale à travers le bassin. Il faut dire *comparable* et non *identique*, toujours parce que l'extrémité immobilisée de la tige est remplacée dans la descente du fœtus par la partie fœtale en rapport avec la région pelvienne *antérieure*. Or, cette partie fœtale n'est point, elle, absolument immobile; elle se meut, au contraire, mais, il faut y insister, dans un espace très restreint, pendant que la partie fœtale opposée, en contact avec la moitié *postérieure* du bassin, parcourt une étendue trois à quatre fois au moins plus grande que la première.

La courbe tracée par la *totalité* de là partie qui constitue la *présentation* est donc d'autant plus longue et plus accentuée qu'on la considère plus *en arrière*, et, réciproquement, d'autant plus courte et moins prononcée, même dans le bassin osseux, qu'on la mesure plus *en avant*, et ce n'est pas le fameux « *centre de figure* » qui trace la courbe la plus faible, la plus rapprochée de la droite. La région fœtale qui subit le moins la courbure pelvienne est, pour nous, indubitablement celle qui glisse sur la paroi *antérieure* du bassin.

Mais quand la partie présentée est engagée sous l'arcade, c'est-à-dire dégagée du bassin, il n'y a plus à discuter la courbure : le fait est trop évident pour être contesté.

La descente du fœtus en ligne droite, jusqu'à la partie inférieure de l'excavation, n'est cependant point une idée chimérique. Il existe des bassins conformés pour ce genre de progression, le fœtus ne pouvant atteindre le plancher dans une autre direction. Nous avons montré un bassin de ce genre pendant plus de vingt ans dans nos leçons. Il était peu rétréci, de 2 centimètres et demi environ, mais il l'était dans toute l'étendue de l'excavation, en raison de la forme particulière du sacrum, dont la face antérieure ne présentait aucune courbure. C'était un plan très régulier, et l'extrémité inférieure se fléchissait en dedans, à angle droit, tout près de l'articulation sacro-coccygienne. Dans ce bassin, la descente n'était possible qu'en ligne droite. Ce sont là des exceptions rares.

Nous arrivons au second point, demandant ici la parole pour un fait personnel.

Nous nous sommes probablement mal expliqué, mais la manœuvre décrite et conseillée par nous dans les applications de forceps difficiles, *au détroit supérieur*, et qui n'avait pas été saisie par M. Tarnier, ne l'a pas été non plus complètement par M. Sabatier. M. Pinard l'a pourtant bien comprise.

Nous voudrions tâcher de la rendre claire.

Nous appliquons la main *gauche le plus près possible* de la vulve, la main *droite* aux crochets; puis nous nous servons

tantôt de ces deux mains pour faire du forceps, par moments, un levier du premier genre, parfois du troisième ; parfois, un levier et un tracteur en même temps ; parfois encore, un tracteur direct selon les résistances et la hauteur du bassin à laquelle ces résistances se produisent, pouvant ainsi, grâce à ces divers modes d'action, diriger la tête *en arrière, en bas, en avant, en haut;* en un mot, suivant toutes les directions nécessitées par la forme du bassin vivant, que nous continuons à considérer comme courbe avec tous les accoucheurs qui, avant nous, l'ont étudié pratiquement.

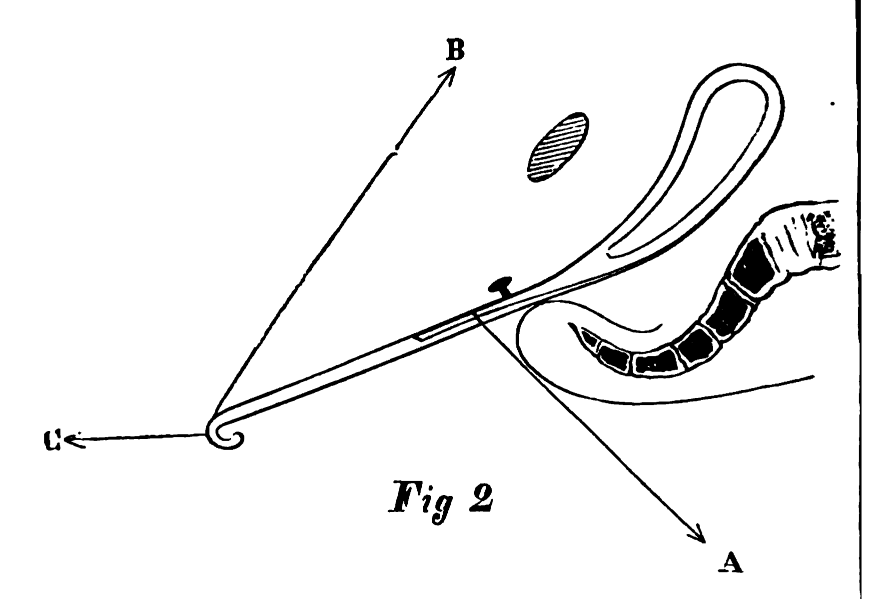


Fig 2

Lorsque la main *gauche* tire en *arrière de la femme* en (A) et la main *droite*, en se relevant, pousse *en haut et en arrière* de la femme par un mouvement de bascule en (B), ces deux forces, dirigées en apparence en sens contraire, convergent au même but.

Ce *couple* de forces, pour n'avoir pas de résultante mathématique, comme les forces parallèles contraires, n'en concouren

pas moins au même effet, à savoir : attirer le corps saisi par les cuillers, *en bas* et *en arrière.*

Le même résultat est encore obtenu en faisant de la main *gauche, placée au pivot,* un point d'appui, et en appliquant de la main *droite* la force aux crochets par un effort de bascule en (B).

Enfin, la main aux crochets peut combiner la force en (B) avec la force en (C) pour extraire en relevant.

En un mot, nous l'avons dit dans *La seconde sur le forceps à aiguille,* cette manœuvre fait, tour à tour, du forceps ordinaire un *tracteur* et un *levier.*

Pour nous, aucune machine ne remplacera jamais cette intelligence des mains, qui fait, à chaque instant, porter l'effort où il convient, qui ne presse qu'en raison de la résistance, qui *sent* quand la tête cède ou quand elle échappe, augmente la puissance, la diminue, la gradue, puis change subitement la traction en résistance aux moments nécessaires. Entre les mains d'un homme prudent, quels immenses avantages !

Malgré ces points de divergence, nous n'en félicitons pas moins notre jeune confrère de son très étudié, très consciencieux et remarquable travail. Professeur PAJOT.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Faits récents de dilatation du canal de l'urèthre chez la femme. — En 1872, M. Simonin a lu à la Société de médecine de Nancy un travail sur le même sujet, cherchant à démontrer l'innocuité de cette dilatation pendant l'anesthésie produite par le chloroforme.

Cette méthode, déjà décrite par A. Cooper, avait reçu peu d'applications avant la communication de M. Simonin. Depuis cette époque, nous la voyons appliquée par Simon, d'Heidelberg, qui l'emploie comme procédé d'exploration, et par d'autres chirurgiens, ainsi qu'il résulte d'une discussion à la Société de chirurgie.

D'après M. Simonin, cette méthode, prise dans son sens le plus général, doit remplacer les autres opérations préliminaires nécessitées par l'extraction d'un corps étranger, d'un calcul ou d'un débris de calcul dans la vessie. La taille chez la femme deviendrait ainsi une opération très rare.

En effet, par la dilatation rapide au moyen d'un spéculum ani, dont l'ouverture peut être graduée à volonté, on peut donner à l'urèthre de 23 à 24 millimètres de diamètre, cet élargissement du canal permettant de faire passer un instrument de 68 à 72 millimètres de circonférence sans déchirer les parois du canal.

D'après lui, les inconvénients seraient nuls ou à peu près; l'incontinence n'existerait pas après cette dilatation, et les douleurs elles-mêmes seraient le plus souvent passagères.

Telles étaient, énoncées rapidement, les conclusions de ce premier travail.

M. Simonin nous donne actuellement deux observations que je vais analyser rapidement.

Dans la première, il s'agit d'une femme atteinte d'une cystite rebelle, chez laquelle on diagnostiqua une hypertrophie concentrique des parois de la vessie avec diminution considérable de la capacité de cet organe. Pour assurer le diagnostic, on endormit la malade; la dilatation rapide fut pratiquée, et l'exploration au moyen du doigt permit de reconnaître la réalité de l'affection, M. Simonin n'hésite pas à pratiquer, quelque temps après, la même exploration pour démontrer la réalité du diagnostic devant MM. Stoltz et Bernheim. Ces deux séances n'eurent aucune suite fâcheuse et il n'y eut pas d'incontinence.

Je n'ai pas à juger ici l'opportunité de l'exploration, je me contente de signaler les résultats heureux de la méthode.

La seconde observation est moins concluante au point de vue de la méthode, et elle fournit à l'auteur une réflexion finale qui diminue un peu sa confiance dans l'innocuité de cette opération.

Une femme de 41 ans, portant deux calculs d'un poids total de 18 grammes, fut soignée en 1878 dans le service de clinique chirurgi-

cale de Nancy. Après la première séance de dilatation rapide, le calcul se brisa dans les tenettes et les fragments ne purent être extraits que partiellement ; ils étaient durs et à bords irréguliers. Neuf séances furent ensuite nécessaires pour enlever ces fragments ; ces séances furent espacées à trois ou quatre jours d'intervalle. Il y eut, à la suite des premières, une incontinence qui céda, de la cystite violente et des douleurs vives qui furent attribuées autant à la dilatation qu'à la présence des fragments et au passage des instruments. M. Simonin en conclut, comme je l'ai déjà dit, que, malgré l'innocuité ordinaire de la dilatation rapide et répétée, il est nécessaire de surveiller avec soin les suites de l'opération, au moins dans quelques cas.

Malheureusement ces deux faits ne suffisent pas pour tirer des conclusions rigoureuses.

M. Desprès. La Société a déjà étudié, il y a trois ans, la dilatation du col de la vessie chez la femme, et cette méthode a été considérée comme bonne quand il s'agit d'extraire de petits calculs.

Les uns ont préconisé la dilatation brusque ; les autres, et je suis de ce nombre, préfèrent la dilatation lente.

M. Sée s'est servi plusieurs fois des embouts de Simon pour faire la dilatation de l'urèthre. L'introduction de ces instruments est facile sous l'influence du chloroforme. Lorsqu'on arrive aux embouts les plus gros, il faut quelquefois faire un petit débridement sur l'orifice de l'urèthre. Consécutivement à cette opération, je n'ai jamais observé ni accident ni incontinence d'urine. Dans certains cas de cystite chronique, lorsqu'il y a ténesme du col, j'ai obtenu des résultats avantageux de la dilatation. La dilatation a encore l'avantage de rendre facile l'exploration avec le doigt de toute la face interne de la vessie.

M. Terrillon. J'ai fait la dilatation brusque chez une femme qui avait un cancer de l'utérus avec ténesme vésical très douloureux que rien ne calmait ; j'ai obtenu par ce procédé une amélioration notable.

M. Cruveilhier. Chez une dame de 27 ans, j'ai été amené à pratiquer la dilatation uréthrale à l'effet de rendre possible la suture des deux lèvres d'une fistule vésico-vaginale. La fistule située au niveau du point de réflexion de la muqueuse vaginale, sur la paroi antérieure du col utérin, était cachée par un repli de la muqueuse vaginale. Après avoir employé plusieurs procédés pour faire saillir la lèvre postérieure de la fistule, tel que l'abaissement du col utérin, dépression du vagin à l'aide de diverses valves, élévation du col de

la matrice, j'eus l'idée de faire la dilatation extemporanée de l'urèthre, et de cette façon, soit avec le doigt, soit avec un instrument de médiocre volume, une curette de Récamier, je pus suturer les parois de la fistule.

L'opération dura deux heures et demie et n'aurait pu être terminée si je n'avais pratiqué la dilatation.

Je dois ajouter que, malgré la fixation d'une sonde à double courbure, les urines s'écoulèrent entre la sonde et les parois du canal ; cette incontinence dura huit jours.

Actuellement, la malade conserve ses urines, mais il m'a été impossible de retirer les fils, la malade refusant de se soumettre à la chloroformisation, et toute tentative de section des fils étant rendue impossible par la situation de la fistule.

(Séance du 29 décembre 1881.)

Dr Chenet.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

L'eau froide, ses propriétés et son emploi, principalement dans l'état nerveux, par le Dr Adolphe Bloch, ex-médecin de l'hôpital du Havre, ancien interne des hopitaux de Paris. — Paris 1880. J.-B. Baillière et fils.

L'état nerveux étant une affection très fréquente chez les femmes atteintes ou non de maladies utérines, nous devons exposer ici les idées de l'auteur sur le mode d'action et l'emploi de l'eau froide dans cette névrose.

La plupart des médecins admettent que l'eau froide, en applications externes, agit à titre de sédatif. Le Dr Bloch démontre que cet effet n'est que secondaire. Pour lui toutes les applications externes d'eau froide, quelle qu'en soit la forme, immersions, enveloppements, douches, sont primitivement excitantes par suite d'une perturbation que

l'eau froide exerce sur le système nerveux. Seulement, le degré d'excitabilité varie avec la température et le mode d'application de l'eau et avec l'impressionnabilité du sujet.

Les preuves qu'il cite à l'appui de sa théorie émanent aussi bien de son observation personnelle que de l'interprétation raisonnée des travaux, tant anciens que modernes, parus sur ce sujet.

Ainsi il attribue à l'action perturbatrice tous les phénomènes qui précèdent ce qu'on est convenu d'appeler la *réaction*. Ce sont les troubles respiratoires, les tremblements musculaires, la contraction des bulbes pileux, le resserrement des capillaires, le changement du nombre et du rhythme des battements du cœur, etc.

Quant à la *réaction* elle-même, elle n'est que le retour, plus ou moins lent, à l'état normal, d'un organisme qui vient d'être troublé dans ses fonctions par l'eau froide.

D'où résulte alors l'action sédative lorsque l'on a recours à l'eau froide pour diminuer la surexcitabilité qui caractérise l'état nerveux ?

L'auteur nous l'explique de la manière suivante :

« A chaque application d'eau froide, il y a une impression subite du « système nerveux, et par suite une perturbation, sous l'influence de « laquelle l'habitude morbide des éléments nerveux est modifiée, et « cette perturbation, à force d'être répétée, anéantit la surexcitabilité « nerveuse. »

Les applications locales d'eau froide, comme les applications générales, ont une action primitivement excitante, et cet effet se manifeste non seulement dans les points où l'eau froide se trouve portée, mais encore sur des organes plus profondément placés, ou même situés à une distance éloignée.

Les phénomènes qui en dérivent se développent par le mécanisme des réflexes. Ainsi, lorsqu'un bain de pieds froid arrête une métrorrhagie, l'impression du froid occasionne d'abord une excitation plus ou moins forte du système nerveux, et cette excitation retentit ensuite sur l'utérus en produisant un trouble plus ou moins violent du côté des vaisseaux de cet organe.

Le meilleur traitement de l'état nerveux consiste, selon l'auteur dans l'emploi de l'eau froide; il n'accorde aucune confiance aux médicaments antispasmodiques, sédatifs, toniques et autres.

Pour diminuer la surexcitabilité nerveuse, il faut, dit-il, une modification profonde du système nerveux, et cette modification ne peut

être obtenue que par l'action perturbatrice de l'eau froide. Cependant, tout en nous montrant les heureux résultats que donne ce traitement dans l'état nerveux, il insiste aussi sur ce fait qu'un certain nombre de sujets ne peuvent supporter le contact de l'eau froide, en raison même de cette action perturbatrice sur laquelle il a appelé l'attention.

Tous les médecins ont pu observer des cas de ce genre.

Le procédé le plus efficace est la *douche mobile en pluie*. Dans ce mode d'application l'eau est projetée à la surface du corps au moyen d'un tuyau flexible terminé par une pomme d'arrosoir. Il est tout à fait inutile que la tête soit mouillée pour que la cure produise tout l'effet désirable, et le contact de l'eau avec le reste du corps est bien suffisant pour que l'impression du froid soit efficacement perçue par les centres nerveux.

L'auteur conseille aussi de continuer les douches pendant l'époque des règles, chez les femmes dont la menstruation est douloureuse et irrégulière ; l'eau froide, en applications générales, a pour effet d'éteindre diverses souffrances qui précèdent ou accompagnent le flux cataménial, de régulariser chaque époque menstruelle, et d'établir une juste limite dans la quantité de sang évacuée. Bien entendu, il ne s'agit que des cas de nervosisme avec dysménorrhée, où il n'y a aucune lésion ni de l'utérus ni de ses annexes.

La durée du traitement du nervosisme est variable.

Les premières phases de la cure sont souvent caractérisées par une augmentation d'intensité de l'état nerveux; parfois même d'autres troubles nerveux qu'on n'avait pas éprouvé jusqu'alors viennent s'ajouter à ceux qui existaient déjà, ou les remplacent — ce qui démontre bien l'action excitante et modificatrice de l'eau froide; — mais plus tard survient l'apaisement qui se maintient même après une interruption plus ou moins prolongée du traitement hydrothérapique.

Si l'on ne guérit pas d'une façon radicale, l'on obtient du moins des améliorations qu'aucune autre médication ne peut produire et une simple diminution dans le degré de l'état nerveux est d'une importance plus grande qu'on ne le croirait au premier abord.

Dans les cas où les sujets sont trop excitables pour supporter l'eau froide dès le début, l'on doit commencer par la douche chaude pour arriver insensiblement à la douche plus ou moins froide.

D'ailleurs l'eau absolument froide — de 8° à 10° — n'est pas indis-

pensable et une eau à une température de 18° ou 20° peut encore amener d'excellents effets.

Dans le courant de son travail, le Dr Bloch donne une description succinte de l'état nerveux et fait voir que l'on confond souvent cette névrose avec l'anémie. Toutes les fois qu'une femme présente des troubles nerveux, l'on croit qu'elle est anémique, et l'on prescrit en conséquence des préparations ferrugineuses. C'est là un tort selon l'auteur, car la cause de l'état nerveux n'est pas due à une altération dans la quantité ou la qualité des globules sanguins, mais à un trouble fonctionnel de la substance nerveuse. D'ailleurs le fer ne modifie en rien l'état nerveux. « Dans la chlorose elle-même, ajoute-t-il, le fer n'est pas toujours suffisant, et l'on est souvent obligé de recourir à l'eau froide pour faire disparaitre les phénomènes nerveux de la maladie.

Terminons en félicitant M. Bloch, des indications précieuses que nous fournit son travail dans l'administration de l'eau froide, ce médicament si souvent employé dans la thérapeutique féminine.

De l'influence de la grossesse sur la tuberculose, par le Dr Louis Gaulard. Paris, O. Doin, libraire-éditeur.

L'auteur n'a pas l'intention de faire une étude complète de la tuberculose; mais, avant de chercher à déterminer l'influence exercée par la grossesse sur cette maladie, il rappelle sommairement ses différentes formes anatomiques et cliniques et les conditions favorables à sa production. Comparant les conditions générales favorables au développement des tubercules, à celles que l'état de gravidité crée dans l'organisme de la femme, le Dr Gaulard se demande si, l'anémie gravidique d'une part, et d'autre part l'affluence plus considérable du sang dans le poumon ne doivent pas provoquer le développement de la tuberculose, lorsqu'il y a chez un sujet prédisposition à cette maladie, ou accélérer sa marche, quand déjà l'organe est tuberculeux. Il fait l'examen critique des diverses opinions émises sur la question, et conclut comme Cullen et les médecins qui ont accepté son opinion que l'accouchement et l'état puerpéral sont capables

d'accélérer la marche de la tuberculose et que la grossesse, loin d'exercer sur elle une action salutaire, l'aggrave. Les cas de tuberculose développée et aggravée pendant le cours de la grossesse sont extrêmement nombreux. On ne peut les rapporter tous avec détails, aussi l'auteur se borne à choisir les observations particulièrement intéressantes. Mauriceau avait déjà cité des exemples de tuberculose développée pendant la gestation ; mais le premier cas vraiment concluant est celui de Louis, qui a une réelle valeur historique. On trouvera dans cette partie de la thèse beaucoup d'observations pleines d'intérêt, entre autres, celles d'une femme qui avant sa dernière grossesse ne toussait pas. Enceinte pour la quatrième fois, elle est prise dès le début de cette nouvelle gestation d'une toux sèche qui persiste et augmente pendant six mois. A cette époque elle entre à la Maternité de Strasbourg, et là, M. le professeur Stoltz trouve une caverne au sommet du poumon gauche. — L'affection avait donc parcouru en six mois toutes ses périodes. La malade mourut un mois après, le lendemain de son accouchement. L'influence exercée sur la tuberculose par la grossesse n'est pas identique dans tous les cas. On peut être tuberculeux sans être phthisique suivant la distinction importante faite par MM. Pidoux et Peter. Qu'une femme ne présente que des granulations embryonnaires des poumons, isolées par un tissu sain, crépitant, non congestionné, qu'en outre les principales fonctions s'accomplissent régulièrement, bref, que l'état général soit satisfaisant, et il pourra arriver, malgré une ou plusieurs grossesses, que l'affection reste stationnaire. Il y a encore beaucoup à faire sur cet important sujet de l'influence réciproque de la grossesse et des maladies aiguës et chroniques concomitantes. La thèse du Dr Goulard doit encourager à de nouvelles recherches. On lira avec fruit ce travail dont le plan fait honneur à l'esprit méthodique de notre savant confrère.

H. S.

De l'albuminurie chez la femme enceinte, par le Dr Léon Dumas. — Paris, O. Doin, libraire-éditeur.

Le sujet offre des proportions assez vastes. M. Dumas a été obligé de se résigner à faire une exposition aussi complète que possible des

résultats obtenus par les auteurs. A ce travail déjà considérable s'en ajoute un autre : la coordination de ces résultats d'une façon méthodique, de manière à faire ressortir les conclusions auxquelles cette étude a conduit notre distingué confrère. Voici à quelles vues générales l'étude des faits et des opinions l'a mené : L'albuminurie chez la femme enceinte se présente sous deux formes très différentes : l'une qui est liée à la grossesse elle-même, l'autre qui en est indépendante par sa cause efficiente mais qui, par le seul fait de la coïncidence avec elle, suit une marche spéciale, et, sauf l'origine, évolue sous son influence comme la précédente.

L'auteur admet pendant la gestation et en dehors du travail quatre sortes d'albuminurie : 1° dyscrasique, c'est-à-dire causée par un état pathologique du sang ; 2° organique, ou due à une altération des reins ; 3° accidentelle ; 4° mécanique. Il assimile l'influence du travail à celle de la compression mécanique à la fin de la grossesse ; mais il pense qu'elle ne peut produire ses effets, que lorsque la cause prédisposante (toute femme enceinte bien portante se trouve en imminence d'albuminurie) a déjà exercé son action préparatoire.

Enfin, une femme peut devenir grosse, tandis qu'elle présente déjà de l'albuminurie ; dans ce cas il y a une double influence à considérer : l'une exercée par l'albuminurie sur la grossesse, qui a pour effet de transformer l'action modificatrice normale de celle-ci sur le sang en une dyscrasie véritable, l'autre exercée par la grossesse sur l'albuminurie, et dont l'étude rentre dans une des catégories précédentes.

Ces considérations paraissent à l'auteur d'une importance capitale, au point de vue du pronostic et du traitement.

Naturellement, M. Dumas n'avait pas à s'occuper de l'albuminurie des suites de couches.

Après avoir jeté un rapide coup d'œil sur l'histoire de l'albuminurie en général pour arriver à celle de l'albuminurie puerpérale, l'auteur, dans un second chapitre, définit et décrit l'albuminurie, puis il fait une étude sommaire de sa pathogénie et de ses diverses étiologies, enfin il établit une première classification générale des albuminuries qui se rencontrent pendant la durée de la grossesse. L'albuminurie est un trouble de la sécrétion rénale caractérisé par la présence de l'albumine dans l'urine. Telle est la définition du professeur Jaccoud. M. Dumas passe ensuite en revue toutes les théories qui ont eu cours sur la production de l'albuminurie, et la divise en trois formes :

1° Albuminurie gravidique avec lésions rénales préexistantes ; 2° albuminurie gravidique proprement dite ; 3° albuminurie du travail.

On trouvera dans cette intéressante thèse un résumé des remarquables travaux qui ont été faits, en particulier des Mémoires de Blot et de Petit (thèse inaugurale).

A propos du traitement l'auteur insiste sur l'utilité de la *diète lactée* chez les femmes enceintes atteintes d'albuminurie gravidique, proprement dite. Le traitement institué par M. Tarnier, à la Maternité, et qui consiste à mettre, au bout de trois jours d'alimentation mixte, les albuminuriques, au régime exclusif du lait, toute autre espèce de mets ou de boissons étant formellement proscrites. a donné d'excellents résultats. L'albuminurie a persisté chez une seule femme, et cette persistance se trouva expliquée par des lésions brightiques avancées, probablement antérieures à la grossesse.

H. S.

Des fibromes utérins au point de vue de la grossesse et de l'accouchement, par le Dr Lefour. — Paris, O. Doin, libraire éditeur.

Notre honorable et distingué confrère adopte la nomenclature dont Demarquay et Saint-Vel se sont servis dans leur Traité des maladies de l'utérus : existence physiologique, extra-physiologique, pathologique des fibromes. L'existence extra-physiologique des hystéromes n'est autre chose que les modifications subies par ces tumeurs pendant la menstruation, la grossesse et la ménopause, états particuliers de l'organisme féminin, qu'on a appelés extra-physiologiques parce qu'ils confinent à la pathologie et à la physiologie.

M. Lefour ne saurait être trop loué pour ses nombreux tableaux et son intéressant travail de statistique.

A propos de l'infécondité de la femme atteinte de fibromes, M. Lefour, s'aidant des tables de divers auteurs, arrive à cette conclusion, que la multiparité est rare. Le nombre des insertions vicieuses augmente. Cette grave complication se montrerait dans la proportion de 1/23e. Or, d'après Spiegelberg, il y a une insertion vicieuse pour mille accouchement. Elle serait donc 42,36 fois plus fréquentes dans les cas de fibromes. M. Lefour a trouvé huit exemples

d'insertion sur la tumeur même, et, fait grave, cinq femmes ont succombé.

La fréquence de l'avortement n'est guère plus grande qu'à l'état normal : un avortement pour cinq accouchements. La tolérance de l'utérus dépend évidemment du volume, du siège, de la nature de l'hystérome, et de l'état de santé de la femme. Les exemples de grossesses supportées jusqu'à terme ne sont pas rares. M. Lefour cite deux cas d'hydramnios, une grossesse triple et deux grossesses gémellaires. L'une d'elles dont l'observation est due à Chowne aurait pu d'autant mieux être interrompue, que le néoplasme était calcifié et par conséquent ne pouvait s'assouplir. Chowne n'indique pas le volume de la tumeur, et se borne à dire qu'elle siégeait sur la paroi postérieure de l'utérus. Il est bien probable qu'elle n'occupait pas le segment inférieur.

M. Lefour, rappelle, à propos de l'influence des fibromes utérins sur l'accouchement, que le nombre des présentations anormales augmente ; mais les rapports de fréquence entre les diverses présentations restent ce qu'ils sont chez les femmes dont l'utérus est sain. Par conséquent les sommets sont plus nombreux que les sièges, et les sièges plus nombreux que les épaules.

Après avoir passé en revue les difficultés ordinaires et extraordinaires du diagnostic des tumeurs fibreuses pendant la grossesse et pendant le travail, après avoir cité les erreurs plausibles, et celles qui confondent l'imagination, telles que la confusion d'un hystérome *avec un sommet ayant contracté des adhérences avec le col*, M. Lefour, examine la conduite que le médecin doit tenir avant la conception, pendant la grossesse, pendant le travail et les suites de couches.

Notre savant confrère est d'avis d'intervenir pendant la grossesse en extirpant la tumeur, quand elle est accessible. Cela pour éviter l'avortement. Il donne comme exemple, et à l'appui de son conseil, les opérations de ce genre faites par Larcher, par Evans, Hanck, Levis, Merrimann, Oldham, West, qui toutes furent suivies de succès, puisque la grossesse se termina par la naissance d'un fœtus vivant âgé de 9 mois, et par le rétablissement de la mère. Hanck seul fait exception. Le fait est que, lorsqu'elles sont possibles, de telles opérations sont nettement indiquées par des hémorrhagies abondantes mettant en péril les jours de la mère.

On sait quelles sont les perplexités de l'accoucheur lorsque la tumeur obstrue l'excavation, ou peut l'obstruer par son développement.

Il hésite à provoquer l'accouchement prématuré ou l'avortement, à cause des résultats médiocrement encourageants de la statistique, et parce qu'on a vu, à la suite des modifications subies par le segment inférieur de l'utérus à la fin de la grossesse, la tumeur s'assouplir, remonter dans la grande cavité abdominale, phénomènes dont la conséquence est la désobstruction des voies. Il serait bien à désirer qu'on pût prévoir ces phénomènes au lieu d'être réduit à les espérer. Cette espérance a peut-être coûté cher à plusieurs femmes.

Les tableaux du Dr Lefour mentionnent 1 cas de mort sur 5 accouchements prématurés. 4 enfants moururent. De 8 femmes qui subissent l'opération de l'avortement provoqué, 2 succombèrent. De pareils résultats font comprendre les hésitations ; mais que de regrets d'avoir attendu, si, en définitive, on est réduit à l'opération césarienne qui ne compte pas un seul succès !

Si nous ne nous bornions pas à faire un compte rendu analytique suivant l'usage de la presse médicale, nous aurions quelques réserves à faire sur l'honorable travail de notre confrère. Quoi qu'il en soit, par le haut intérêt de la question, par les résultats instructifs auxquels l'auteur est arrivé, par le nombre des tableaux, par les statistiques, par la quantité et la qualité des observations, la thèse du Dr Lefour est tout à fait digne d'éloges.

H. S.

De l'influence des déviations de la colonne vertébrale sur la conformation du bassin, par le Dr Hirigoyen. — Paris, Germer Baillère et Cᵒ.

Dans ce consciencieux travail, M. Hirigoyen étudie toutes les modifications de forme du bassin causées par une déviation rachidienne, que cette modification mette, ou non, obstacle à l'accouchement : influence de la lordose, de la rectitude anomale, de la scoliose, de la cyphose du spondylizème et du spondylo-listhésis. M. Hirigoyen déplore, avec raison, l'absence des squelettes entiers dans nos musées de bassins viciés. Il faudrait avoir l'ossature complète sous les yeux pour une recherche exacte des causes pathologiques et mécaniques des déformations de la ceinture pelvienne.

Au point de vue pratique, un fait capital que ne doit pas oublier le praticien, c'est : 1° qu'une déviation de la colonne peut déformer le bassin de telle façon que l'accouchement soit difficile, ou impossible, en un mot peut *vicier* le bassin, suivant l'expression de Velpeau, qu est la bonne; 2° qu'une déformation de la colonne peut *rectifier* un bassin déformé, et rendre possible la parturition, qui n'eût pu se faire sans cette *déformation compensatrice*. Cette atténuation de la lésion primitive a été nettement exposée par le Dr Pinard dans sa thèse inaugurale. Il ne faut donc pas dire avec certains anciens accoucheurs que les bossues n'accouchent jamais, ni, avec leurs contradicteurs, qu'elles accouchent toujours spontanément. Il y a bossues et bossues. Le professeur Pajot ne manquait pas, dans ses cours, de mettre cette vérité en lumière.

A côté de ces deux importantes catégories de déviations, on doit en placer une troisième, celle des déformations qui sont sans action sur le bassin. Le Dr Hirigoyen démontre qu'elles réagissent toujours sur lui, mais si faiblement, qu'on peut les négliger en obstétrique. En effet, qu'en raison des lois de la statique, et par une nécessité d'équilibre, l'aire de l'excavation se déforme légèrement, à la longue, chez une femme non rachitique dont la colonne est déviée, cela n'est intéressant qu'à un point de vue mécanique. Ce qui doit préoccuper le praticien, c'est de savoir si la filière pelvienne laissera passer ou non un fœtus de 9 mois. Si elle le laisse passer, peu importe que la figure des détroits ne soit pas d'une correction parfaite. Le bassin tout à fait symétrique, ce qu'on a appelé le bassin *idéal*, n'existe que sur les planches gravées de nos livres d'accouchement.

Sur 22 bassins modifiés par une scoliose non rachitique ou soi-disant telle, il y a, d'après l'examen fait par le Dr Hirigoyen, avec un soin dont on ne saurait trop le louer, 1 bassin géant, 19 bassins normaux et 2 exemples seulement de viciation. Il faudrait en tenir compte s'il était prouvé que le rachitisme n'a pas touché à ces bassins.

Il faut donc laisser subsister, dans les traités d'accouchement, les deux gravures, dont l'une représente le squelette d'une femme rachitique avec bassin déformé, tandis que l'autre montre un squelette non rachitique dont la colonne vertébrale est incurvée et dont le bassin est normal ; mais il serait bon d'en ajouter une troisième : celle d'une femme rachitique avec un bassin primitivement déformé, mais *rectifié* par une *déformation compensatrice* de la colonne.

Léopold (de Leipsig) a étudié, en 1879, la scoliose d'origine rachitique dans un mémoire dont le Dr Hirigoyen donne l'analyse. Les bassins des femmes ainsi déformés sont asymétriques. L'une des moitiés est rétrécie, l'autre élargie, aux détroits, et — ce qui, du reste, est de règle — à l'élargissement du détroit supérieur correspond le rétrécissement de l'inférieur, c'est-à-dire que si l'on coulait du plâtre dans l'excavation, et, si l'on divisait le moulage ainsi obtenu, d'avant en arrière, par deux traits de scie parallèles, on aurait la coupe de deux cônes tronqués placés en sens inverse, l'un ayant son sommet en haut, l'autre en bas. Léopold range ce type de bassin dans la classe des bassins comprimés. C'est une variété oblique ovalaire.

Dans la partie de son travail, relative à la cyphose, le Dr Hirigoyen analyse une autre étude de Léopold sur la cypho-scoliose rachitique. L'influence de la cyphose affaiblissant, atténuant les déformations causées par le rachitisme, y est démontrée. C'est le Dr Pinard, qui a mis en lumière cette idée si juste, dont l'importance est grande au point de vue clinique.

F. S.

Le bassin généralement et régulièrement rétréci, par William Lusk. New-York, 1880.

C'est le bassin que l'on trouve chez les femmes naines, mais qui peut cependant se rencontrer chez les femmes d'une taille ordinaire, sans qu'il y ait de signes extérieurs qui puissent en faire soupçonner l'existence. Le diagnostic est basé sur des mensurations externes et internes. Les premières sont celles du diamètre conjugué externe qui doit mesurer 8 pouces, de la distance des épines iliaques antéro-supérieures qui doit être de 10 pouces 1/2, enfin de la distance comprise entre les deux crêtes iliaques qui est normalement de 11 pouces 1/2. Si le conjugué externe mesure moins de 7 pouces 1/2, le rétrécissement est probable ; s'il mesure moins de 6 pouces 1/2, le rétrécissement est certain. Par l'exploration interne, on aura la mesure du diamètre conjugué diagonal. Le bassin aplati non rachitique se distinguera du bassin rachitique par l'absence de projection de

l'angle sacro-vertébral, par la courbe normale du sacrum et par la conservation des rapports entre les crêtes et les épines iliaques.

Le pronostic est grave ; on est engagé à des ruptures utérines, à des déchirures du vagin, à du sphacèle par compression prolongée du canal utéro-vaginal, amenant des perforations et par suite des fistules recto et vésico-vaginales. L'éclampsie a été observée assez souvent.

Quelle est donc la conduite à suivre en présence de pareils cas ?

Quand le rétrécissement n'est que de 1/2 pouce (0m,015) l'accouchement pourra être normal. Il n'y aurait de difficultés que s'il y avait une présentation de la face ou si les deux fontanelles étaient sur le même plan ou en présence d'une tête trop volumineuse.

Quand le rétrécissement dépasse 0m015, il faut faire l'accouchement prématuré.

A terme, il peut se présenter deux cas :

1° L'utérus se rétracte sur la tête de l'enfant, la version et l'application du forceps sont impossibles : il faut faire l'opération de la laparo-élytrotomie.

2° Les membranes sont rompues, le travail ne se fait pas : il faut attendre un peu et si, la contraction utérine ne produit pas de résultat, il faut faire l'opération césarienne plutôt que la crâniotomie.

Dr Paul RODET.

Trois ovariotomies pratiquées avec succès, par le Dr PONCHON. — Bruxelles, 1880.

L'auteur rapporte trois observations très intéressantes de kystes de l'ovaire qu'il a pratiquées avec succès. Il fait remarquer que dans ces trois cas il s'est bien trouvé de l'abandon du pédicule dans le ventre après séparation de la tumeur. Dans deux cas, il a supprimé l'emploi du drain et il croit que, s'il se produit des symptômes pouvant faire supposer le séjour dans le ventre d'éléments infectieux, il vaut mieux réouvrir l'abdomen et faire des injections désinfectantes. Partisan absolu de la méthode de Lister, le Dr Ponchon l'a employée avec toute la rigueur possible et, trois semaines après l'opération, il

a pu observer, dans un cas, l'intégrité d'un fil de catgut qui revint avec le liquide d'injections qu'il faisait dans l'abdomen.

Dr Paul RODET.

REVUE DES JOURNAUX.

Hémorrhagie des organes génitaux pendant la grossesse et la parturition, par Arthur V. MACAN. — Dans ce mémoire, l'auteur a pour but de passer en revue d'une façon succincte, les principales causes d'hémorrhagie pendant la grossesse et la parturition. Il les range sous cinq chefs principaux :

1° *Menstruation pendant la grossesse.* — Il y a eu incontestablement des observations d'hémorrhagies survenant d'une façon périodique pendant tout le temps de la grossesse, mais on n'est pas d'accord sur l'interprétation à donner à ces faits. Pour Montgommery, Deventer, Dewees on doit regarder ces hémorrhagies comme dues à une menstruation véritable. Spiegelberg, au contraire, les considère comme le résultat d'un état pathologique.

2° *Signes d'un avortement inévitable.* — Pour Scanzoni, c'est l'apparition d'une hémorrhagie et de contractions utérines manifestes pendant les deux premiers mois. L'expulsion de caillots légèrement décolorés, serait pour Spiegelberg un indice certain. La rupture des membranes et la sortie des eaux de l'amnios sont nécessairement fatales pour l'œuf et M. Leblond en tire cette conclusion, que si pendant les trois premiers mois de la grossesse l'œuf n'est pas expulsé entier, c'est qu'il y a eu une intervention de nature probablement criminelle.

3° *Traitement de l'avortement incomplet.* — Dans ces cas la plus grande difficulté consiste à diagnostiquer la présence dans la cavité utérine d'une partie de l'œuf, le traitement n'ayant pour but que de retirer le plus tôt possible la portion de membranes ou de placenta qui est restée dans l'utérus.

4° *Traitement du placenta prævia.* — L'auteur fait d'abord une étude intéressante des différentes théories émises pour expliquer quelle était la source de l'hémorrhagie dans les insertions vicieuses du placenta, puis formule ainsi la conduite à suivre dans les différents cas que l'on peut rencontrer. Le but à atteindre est de séparer les membranes d'un bord du placenta. Si le col est dilaté et la présentation partielle, la chose est très facile et l'hémorrhagie cesse généralement. S'il y a une présentation complète, on décollera le placenta du côté de l'utérus où l'insertion est la moins grande et dans les cas douteux, du côté où se trouvent les membres inférieurs du fœtus, afin de pouvoir faire la version. S'il est impossible d'atteindre les membranes et que l'hémorrhagie soit formidable, on doit faire le tamponnement, et si l'insertion est centrale, il faut faire la version le plus tôt possible dans l'intérêt de l'enfant.

5° *Prophylaxie et traitement de l'hémorrhagie post partum surtout dans la forme particulière décrite par Gooch.*—La forme d'hémorrhagie signalée par Gooch est celle qui surviendrait quand l'utérus est normalement contracté, mais en réalité, on ne l'a jamais observée. L'opinion que Gooch a voulu exprimer, c'est qu'il peut arriver que l'utérus se contracte, puisqu'au bout d'un certain temps, il se relâche et qu'alors une hémorrhagie profuse a lieu.

Le meilleur moyen que nous ayons pour combattre le collapsus résultant d'une hémorrhagie grave, c'est, après la transfusion, l'injection sous-cutanée d'éther sulfurique. (*British medical Journal*, 17 avril 1880.)

Dr Paul RODET.

Sur la thérapeutique intra-utérine dans l'état puerpéral, par le Dr GRUENWALD. — En adoptant l'opinion que les principes gouvernant le traitement des plaies peuvent seuls donner une prophylaxie efficace contre la fièvre puerpérale, le professeur Grüenwald recommande l'injection intra-utérine. Celle-ci n'a pas été généralement employée, parce que les injections amènent parfois des résultats défavorables. Les paramétrites et les péritonites observées après les injections ne proviennent cependant pas, dans les cas les plus rares, de la présence directe du liquide injecté dans la cavité abdo-

minale, et ne peuvent exister que par une dilatation morbide des tubes.

L'injection pénètre plutôt à travers les lymphatiques ouverts de l'utérus puerpéral dans le péritoine, et détermine la réaction inflammatoire, soit chimiquement, soit par la pression du liquide qui pénètre.

Par l'injection, les thromboses existant à l'extrémité des vaisseaux sont moins solides et se meuvent comme ferait une embolie; alors survient la fièvre intermittente ou l'hémorrhagie après que les ouvertures vasculaires engorgées par ces caillots ont été dégagées. Si le liquide injecté pénètre directement dans les vaisseaux ouverts, on observe l'évanouissement, le collapsus, les étourdissements et les lipothymies. L'auteur n'adopte pas cette opinion de Lazarewitsch, que le fond de l'utérus est très sensible quand il est en contact direct avec une injection, mais il explique dans ces cas la gravité des symptômes, par le difficile écoulement du liquide injecté. Comme le danger est très grand si l'air pénètre dans les vaisseaux sanguins, on ne doit employer que l'irrigateur, et toutes les autres espèces de seringues, doivent être rejetées. La plus grande quantité de liquide doit être de 1 demi litre à 1 litre.

Les sondes à double courant sont les meilleures, mais elles ne doivent pas être faites avec une matière flexible. En introduisant les sondes, on doit prendre les plus grandes précautions pour éviter la lacération, car les plaies peuvent devenir un foyer d'infection.

Dans beaucoup de cas, une seule injection suffit, spécialement ceux dans lesquels des débris d'œufs sont restés dans l'utérus; mais, dans les endométrites et les diphthérites, des irrigations répétées et longtemps continuées sont nécessaires chaque jour, et dans ces cas on recommande l'irrigation permanente de Schücking et le drainage utérin (Langenbuch, Schede, Spiegelberg). Immédiatement après l'accouchement, on peut faire une injection qui lave entièrement le canal génital, et cela est spécialementt nécessaire après des accouchements laborieux dans lesquels des opérations ont été nécessaires.

Cette irrigation ne doit cependant être renouvelée dans le cours de la fièvre puerpérale que dans le cas où une augmentation de température, ou quelque condition anormale des lochies, indiquerait un plus grand danger. L'emploi de l'acide phénique est particulièrement recommandé. L'auteur n'est pas de l'avis de Fritsch en ce qui concerne le danger d'injections de perchlorure de fer. En déplaçant les

débris ichoreux de l'œuf par la curette, il convient d'employer simultanément des irrigations désinfectantes. (*Pétersburg med. Woch. et London med. Record*, 14 nov. 1879.)

D[r] A. Lutaud.

Observation de gastrotomie dans un cas de grossesse extra-utérine, par le D[r] Lawson Tait. — L'auteur rapporte ce cas qui est particulièrement destiné à faire ressortir l'utilité d'opérer par la section médiane abdominale, et la nécessité de ne pas toucher au placenta, Cette opinion est également motivée par une autre opération publiée antérieurement, et dans laquelle la section avait été faite par le vagin et le placenta enlevé, faits qui, d'après l'auteur, sont suffisants pour expliquer l'insuccès.

La malade dont il s'agit était d'une constitution ruinée par l'anémie. Elle était mariée, était âgée de 30 ans et avait été vue pour la première fois, le 1[er] mars dernier. Il y avait trois ans qu'elle était mariée. Elle n'avait pas d'enfant, et ses périodes menstruelles avaient été parfaitement régulières jusqu'en septembre 1878, époque où elles cessèrent ; l'abdomen grossit, et elle se crut enceinte. Il y avait une grosse tumeur s'étendant au-dessus de l'ombilic, fixée dans le bassin.

L'utérus était d'une grosseur normale légèrement fléchi en arrière ; la tumeur, un peu mobile, était adhérente à la paroi antérieure. On diagnostiqua une hématocèle. La tumeur continua à augmenter et devint d'un volume double de celui qu'elle avait d'abord, augmentation due apparemment à la formation soudaine d'un kyste à sa surface supérieure, partie dans laquelle on pouvait percevoir quelque corps solide.

On fit le 30 avril, une incision dans l'abdomen, en prenant les précautions antiseptiques, et on ouvrit un kyste plein de sang fraîchement coagulé.

On l'explora, mais rien ne venant jeter un nouveau jour, on ferma la plaie. La malade se guérit complètement de l'opération, mais la douleur était encore intense, et les opiacés furent augmentés. Le 2 mai, un liquide séreux rouge commença à suinter de la plaie, et il était clair que la cavité du kyste suppurait. Le 6 et le 7, plusieurs gros caillots sortirent de cette même plaie, et la cavité fut soigneu-

sement injectée deux fois par jour avec une solution antiseptique phéniquée. Le 16 mai, un morceau d'os, qui se présenta, fut reconnu pour un os du crâne d'un fœtus du troisième ou quatrième mois. Un fœtus entier fut extrait, par l'ouverture de la tumeur primitive qui était dans le kyste antérieurement ouvert.

Le fœtus qui n'avait pas plus de trois mois était macéré et putréfié. Le 17, 8 à 9 pouces de cordon ombilical sortirent. Le 18, la malade était à bout de forces et pendant les huit jours suivants elle fut extrêmement mal; mais elle commença à aller mieux le 26, et le 29, on put extraire un gros fragment de placenta. L'écoulement cessa alors, la nourriture put être régulièrement prise, la plaie prit un meilleur aspect, et le 10 juin elle s'était rapidement cicatrisée.

Le diagnostic était approximativement exact, attendu que la lésion revêtait une des formes de l'hématocèle, et la section abdominale fut accidentellement le moyen de salut pour la malade. L'auteur établit comme règle d'ouvrir l'abdomen dans tous les cas où la nature de la tumeur est douteuse et où l'opération semble présenter des chances de succès. (*Annuaire medical journal*, janvier 1880.)

D[r] A. Lutaud.

VARIÉTÉS

LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE ET LE RACHITIS.

La syphilis desquamative de la langue.

Par M. J. Parrot.

Leçon recueillie par M. le D[r] Cossy, *chef de clinique* (1).

Messieurs,

I. Ces conférences du dimanche sont la suite de celles que j'avais commencées l'année dernière, et qu'une maladie m'obligea d'interrompre brusquement. En les reprenant, je ne fais que poursuivre le but que je m'étais proposé, et qui est de vous prouver que le rachitis descend en ligne directe de la syphilis héréditaire. Je vous le disais

(1) Extrait du *Progrès médical*, n° du 12 mars 1881.

dès notre premier entretien, et je vous le répète aujourd'hui : cette démonstration ne peut être donnée, que lorsque le diagnostic de la syphilis aura été établi sur une base solide et large. Je dois donc préalablement vous apprendre à reconnaître cette maladie, sous toutes ses formes, toutes ses variétés et à toutes les périodes de la vie de ceux qu'elle aura atteints. Par là, je serai conduit à modifier d'une manière assez notable les limites de son domaine. Je l'amoindrirai sur quelques points ; mais je l'élargirai considérablement sur d'autres, en lui attribuant un certain nombre d'affections, dont jusqu'ici l'on avait méconnu l'origine.

Je m'efforce depuis longtemps à cette œuvre d'équité ; et bien qu'elle soit encore imparfaite, je crois devoir vous la faire connaître, ne fût-ce qu'à titre d'essai. Mais, laissez-moi préalablement vous dire la méthode que j'ai suivie ; cela est indispensable à votre édification.

En clinique, lorsque les premiers faits d'un mal, encore inconnu, se présentent à notre observation, leurs points de contact nous échappent souvent, nous distinguons malaisément leurs relations étiologiques ; et si, comme il advient souvent, ces faits sont rares ; s'ils n'apparaissent qu'à des intervalles éloignés ; si l'esprit n'est pas constamment animé par quelque nouvel exemple de la sorte, et n'est pas mis dans cet état de clairvoyance qui, fécondant les moindres indices, mène à une découverte, il peut arriver que la lumière ne se fasse pas et que l'on ne tire aucun parti des matériaux accumulés.

De là, pour l'observation médicale, l'importance du milieu où elle se fait. Il faut que, par leur retour incessant, par leur grand nombre, par la variété de leur physionomie, les cas d'une même espèce pathologique, fassent naître la conviction et la forcent. C'est quand on a vu passer sous ses yeux tous les degrés, toutes les nuances, toutes les modalités d'un même mal ; c'est quand on a pu remonter jusqu'à sa source, apercevoir toutes ses conséquences, que l'on est suffisamment informé pour en faire l'histoire.

Dans le milieu où vous êtes aujourd'hui avec moi, où je suis depuis longtemps, la syphilis héréditaire abonde ; j'ai donc pu l'y étudier. Comment l'ai-je fait ?

Je ne pouvais, ni ne devais refaire son histoire tout entière, car, depuis longtemps déjà, les affections cutanées et viscérales qui en dépendent, sont bien connues ; et, aujourd'hui, on les diagnostique à peu près sûrement. Ce résultat a été acquis par la connaissance

exacte de la santé des générateurs, par la certitude qu'ils étaient syphilitiques.

J'ai accepté ces notions, sanctionnées par une longue expérience, et j'en ai fait ma base d'opérations ; je les ai prises comme point de départ pour une marche en avant.

Tenant pour syphilitiques tous les enfants qui présentaient une des lésions sus-indiquées, j'ai étudié leur squelette, et j'ai vu que presque toujours, 98 fois sur 100 au moins, une ou plusieurs de ses pièces présentaient des altérations du même ordre et souvent identiques, chez les sujets du même âge. J'en ai tiré cette conclusion, que les os ainsi altérés l'étaient du fait de la syphilis héréditaire. Elle me semble inattaquable ; et l'on n'en peut formuler de plus légitime en pathologie. Je ne formule pas d'exception pour les deux cas dans lesquels la lésion osseuse faisait défaut ; car l'on peut admettre et l'on *doit admettre* que, chez ces malades, la syphilis n'a porté son action que sur le système cutané ou les viscères. Pour diagnostiquer une pneumonie, exige-t-on tout à la fois ; le frisson initial, l'hyperthermie, le point de côté, les crachats rouillés, le souffle tubaire et la bronchophonie? Non, l'on ne demande pas cette accumulation de preuves, l'expérience ayant appris que l'existence de la maladie est suffisamment assurée par deux ou trois, et même par un seul de ces symptômes. Il ne faut pas être plus exigeant pour la syphilis que pour la pneumonie, et vouloir que dans quelques cas, d'ailleurs fort rares, il ne lui suffise pas d'un signe pour se faire reconnaître.

Les lésions osseuses se trouvent avoir ainsi, au point de vue du diagnostic, la même valeur que les syphilides cutanées ; et lorsqu'une affection, quelle qu'elle soit, coïncidera habituellement avec elles ou avec ces dernières, ce qui est tout un, on pourra dire qu'elle est sous la dépendance de la syphilis héréditaire.

En suivant cette méthode rigoureuse, et contre laquelle je ne crois pas que l'on puisse élever une objection digne d'être réfutée, je n'hésite pas à diagnostiquer la maladie chez les enfants, bien que des renseignements précis sur la santé des générateurs me fassent complètement défaut. Dans cette maison, où les parents nous restent si souvent inconnus, il me fallait suivre cette voie détournée. Elle est d'ailleurs tout aussi sûre que la route directe, et mène d'une manière aussi certaine au but ; mais il fallait la tracer et la rendre praticable ; je m'y suis efforcé et c'est une peine que je ne regrette pas ; car toutes les fois qu'il m'a été donné de contrôler les résultats obtenus de la

sorte en remontant jusqu'à la source paternelle ou maternelle des accidents observés sur les enfants, j'ai constaté qu'ils étaient bons. J'ai ainsi, en plus d'une circonstance, découvert chez les générateurs l'existence d'une syphilis ignorée jusque-là. Ils ont pu être immédiatement traités et préservés d'accidents ultérieurs.

II. Grâce à la méthode que je viens de vous exposer brièvement, j'ai pu rattacher à la syphilis héréditaire une affection de la langue, dont la véritable origine avait été jusqu'ici complètement méconnue.

Elle a été décrite pour la première fois, en 1872, dans la thèse inaugurale de M. Bridou (*Sur une affection innommée de la muqueuse linguale*. Etat lichénoïde de M. Gubler). C'est un travail auquel il ne manque, pour être complet, qu'un chapitre d'anatomie pathologique et une étiologie mieux étudiée. L'altération, d'après l'auteur, aurait été signalée pour la première fois en 1854 par un médecin allemand, Santlus de Hadamar. Gubler, dans le *Dict. encycl. des sc. méd.* (article *Bouche*) en a parlé sous la dénomination d'état lichénoïde de la langue; M. Bergeron l'a mentionnée dans un rapport oral, fait à la Société médicale des Hôpitaux en 1864; enfin, M. Bridou a puisé sur elle, auprès de MM. Barthez et Lailler, quelques renseignements qu'il a mis à profit dans sa dissertation.

Très rarement l'on peut observer le début du mal; mais cela est sans importance, car il procède par poussées successives, et les mêmes symptômes se reproduisent chaque fois, dans le même ordre et avec la même physionomie.

A la pointe de la langue ou sur les bords, on voit apparaître une tache de 1 demi-millim. à 1 millim. de diamètre, blanche, arrondie, au niveau de laquelle l'épithélium est plus épais et plus blanc qu'à l'état normal. Puis, très rapidement, en vingt-quatre ou trente-six heures, à la place de ce disque laiteux, se montre un anneau blanc circonscrivant une surface rouge, qui est le centre de la tache, dont l'épithélium est tombé et où l'on voit les papilles. A partir de ce moment, l'affection s'étend avec une rapidité surprenante, soit vers la région postérieure, soit vers le centre de la langue. Les cercles se transforment bientôt en croissants ou en lignes courbes irrégulières, dont l'ouverture ou la concavité est presque invariablement antérieure. Cette modification dans la forme du mal est due tantôt à son développement au voisinage des bords qui arrêtent sa marche excentrique, et rompent les zones épithéliales, car la face inférieure n'est que très rarement envahie; tantôt à la rencontre de plusieurs cercles et à leur

inoscultation. Dans ce dernier cas, les surfaces récemment desquamées sont limitées par de véritables festons.

Chaque circonscription malade présente quelques particularités qui méritent d'être signalées. Tout à fait à la périphérie et la bordant, au moins dans une partie de son étendue, on voit une zone d'un blanc mat, qui tranche nettement par sa couleur et sa saillie sur la portion de l'organe qui n'a pas encore été envahie, mais bien plus encore sur celle qui vient de l'être. Cette zone peut avoir de 1 à 2 millimètres de large et un relief de 1 demi-millimètre au moins, quand on l'examine du côté de la surface desquamée. Celle-ci n'est pas identique dans tous ses points. Tout près de la zone épithéliale, c'est-à-dire là où elle est le plus récente, elle est très lisse et d'un rouge vif. Plus en dehors et en avant, cette apparence, bien qu'elle soit encore très manifeste, s'atténue, et les parties primitivement atteintes reprennent peu à peu leur physionomie primitive.

Quelles que soient la rapidité et l'activité de l'affection, il est bien rare que la surface tout entière de la langue soit desquamée par une de ces atteintes partielles ; presque toujours il reste, en arrière et au centre, quelques points qui ne sont pas touchés. Mais, souvent aussi, avant que l'une d'elles ait terminé sa marche, une autre se manifeste, qui prend la même direction qu'elle ; et de la sorte il m'est arrivé, comme à M. Bridou, de voir en même temps trois séries de zones desquamatives s'étendre progressivement de la pointe vers la région postérieure de l'organe, comparables à ces ondulations successives qui rident concentriquement une surface liquide, quand des chocs répétés atteignent l'un de ses points.

La durée de l'affection, considérée dans son ensemble ou dans chacune de ses atteintes, est difficile à déterminer. Ces dernières dépassent rarement cinq ou six jours. Elle peut sommeiller durant quelques mois, peut-être même plusieurs années, pour se montrer de nouveau pendant une nouvelle période d'activité, et sous des influences que, jusqu'ici, il m'a été impossible de découvrir.

Le diagnostic se trouve simplifié par cette considération que l'affection appartient essentiellement à l'enfance. Cependant, je ne voudrais pas nier qu'elle n'existe chez l'adulte. Sa physionomie est si particulière, si typique, quelle que soit la période où on l'observe, qu'après en avoir attentivement examiné deux ou trois cas, il n'est pas possible de la méconnaître lorsqu'elle se présente de nouveau. L'on ne peut oublier sa marche si constante, sa morphologie si mobile, tout

en conservant ses caractères propres. — Comment, après cela, confondre cet état de la langue avec celui que produisent certaines pyrexies, surtout la scarlatine. Dans cette maladie, vous le savez, elle se dépouille de son épithélium très rapidement et sur toute sa surface. Elle est d'un rouge si vif, si intense, qu'on la croirait sur le point de saigner au moindre contact. Le muguet provoque aussi la desquamation de la muqueuse linguale, mais très irrégulièrement, et rien ne ressemble moins aux zones épithéliales que je vous ai fait connaître que les petits amas ou les larges plaques blanchâtres de a mucédinée. D'ailleurs, l'examen microscopique le plus rapide, fera toujours reconnaître les spores et les filaments du parasite. Les aphthes déterminent non une simple desquamation, mais un véritable ulcère, qui s'étend rarement au delà de ses limites premières. Je ne m'attarderai pas plus longtemps à ce diagnostic. Je ne crois pas, en effet, qu'il soit utile de comparer, à l'exemple de M. Bridou, l'affection qui nous occupe, avec le pityriasis, le lichen, le psoriasis, les plaques opalines syphilitiques et les plaques des fumures de la langue. Ces éruptions, d'ailleurs très mal définies dans leurs caractères, et sur lesquelles les auteurs sont loin de s'entendre, ne se rencontrent jamais chez les enfants.

L'anatomie pathologique de l'affection desquamative de la langue n'a pas encore été faite. M. Renaut, professeur à la Faculté de Lyon, en examinant le produit du raclage d'un feston de langue d'un des malades observés par M. Bridou, y trouva un grand nombre de cellules épithéliales libres ou soudées, des spores, de la mucine coagulée et une très grande quantité de cellules embryonnaires. Mais cet examen de l'épithélium ne peut renseigner ni sur le siège de la lésion, ni sur sa nature; et il est bien inférieur à l'étude de la langue faite sur des coupes, comme celles que j'ai examinées avec le concours de M. H. Martin, chef de mon laboratoire. Chez trois sujets, il nous a été donné de constater, à quelques nuances près, les mêmes particularités. Sur les coupes, pratiquées perpendiculairement à la surface linguale, il est aisé de voir qu'au niveau des points malades, l'épithélium est tuméfié et plus épais. Les cellules de la couche cornée ont augmenté de volume ainsi que celles du corps de Malpighi, qui est, en outre, le siège d'une prolifération cellulaire plus active. Enfin, et j'appelle tout particulièrement votre attention sur ce point, on constate dans les papilles et dans les portions sous-jacentes du derme, autour des vaisseaux, un grand nombre de corpuscules lym-

phoïdes, disséminés ou en groupes plus ou moins compacts. J'estime que le derme est le siège principal et primitif de l'affection, et que les manifestations superficielles, les seules apparentes durant la vie, sont d'ordre tout à fait secondaire et consécutives.

J'arrive à la nature de l'affection qui est notre objectif. MM. Barthez et Gubler avaient pensé qu'elle était parasitaire. M. Bridou admet que la cause première est un état de débilité particulière coïncidant avec des troubles digestifs. Je repousse également ces deux opinions. La première, parce qu'elle est une pure hypothèse, émise d'ailleurs par ceux qui l'ont proposée, d'une manière très dubitative; la seconde, parce que un grand nombre d'enfants, que j'ai observés et qui étaient atteints de ce mal, jouissaient d'ailleurs d'une santé irréprochable. Il me semble qu'une affection aussi typique dans ses caractères et dans sa marche, doit reconnaître une cause unique, toujours la même, véritablement spécifique. Quelle est-elle? Laissons parler les faits. J'ai pris au hasard dans mes notes 31 cas d'affection desquamative, et dans 28 les enfants portaient des marques incontestables de la syphilis héréditaire. Cela me suffit pour la caractériser et je dis qu'elle constitue elle-même une manifestation syphilitique, et que la qualification de syphilis desquamative de la langue, que je propose, est suffisamment justifiée.

A quels âges l'observe-t-on le plus frequemment? A ce point de vue mes 31 cas se répartissent de la manière suivante :

De 1 à 6 mois.................	6 cas.
De 6 mois à 1 an.............	9 —
De 1 à 2 ans.................	7 —
De 2 à 3 ans.................	3 —
De 3 à 4 ans.................	2 —
De 4 à 5 ans.................	3 —
De 5 à 6 ans.................	1 —

Vous le voyez, ces chiffres sont en faveur de l'étiologie que je considère comme la vraie. Ils nous disent, en effet, que l'affection est infiniment plus fréquente de 6 mois à 3 ans, que de 3 à 6 ans; or, la syphilis héréditaire est surtout active durant les trois premières années de la vie. Constitue-t-elle un phénomène isolé et sans analogue parmi les manifestations de la syphilis héréditaire? Loin de le penser, j'estime que, sans forcer les analogies, on peut la rappro-

cher de la syphilide en plaques de la peau, qui, elle aussi, a une tendance à la marche excentrique, se desquame, se manifeste parfois sous forme de poussées successives, et est histologiquement caractérisée par des lésions du derme cutané et de l'épiderme, à peu près identiques à celles qui caractérisent la syphilis linguale.

Pourquoi, dans toute la cavité buccale, la langue est-elle seule atteinte? Sans doute, à cause de sa richesse en nerfs et en vaisseaux, et de sa très grande activité, toutes conditions qui appellent sur les organes qui les remplissent les manifestations diathésiques. Je considère cette affection de la langue, comme ne pouvant transmettre par contact, la syphilis héréditaire. Il n'y a là, en effet, ni érosion ni suintement, et, la plupart des sujets qui en sont atteints ont passé l'âge où la maladie est contagieuse.

Du pronostic et des moyens curatifs, je n'ai rien à vous dire. Le premier est sans la moindre gravité. Et il n'y a pas lieu d'instituer un traitement contre une affection qui ne fait pas souffrir les malades, et n'est pour eux la cause d'aucun préjudice. D'ailleurs, pour intervenir d'une manière efficace, ce n'est pas à l'état local que l'on devra s'adresser, mais à la maladie elle-même, dont celui-ci n'est qu'une des nombreuses manifestations.

Mission scientifique. — M. Paul Bar, ancien interne des hôpitaux, est chargé d'une mission dans les Universités de l'Allemagne et de l'Autriche, à l'effet d'étudier l'organisation des maternités et la médecine opératoire obstétricale.

Annonce de cours. — Le Dr E. Verrier, préparateur des cours d'accouchements à la Faculté de médecine, recommencera ses cours d'opérations et manœuvres obstétricales le mardi 15 mars, à une heure et demie, 5, rue de l'Odéon. Il traitera dans ce semestre de l'action comparative de l'ancien et du nouveau forceps. Les leçons auront lieu les mardis, jeudis et samedis.

On s'inscrit chez M. Imberdis, avocat, 5, rue de l'Odéon et chez M. Verrier, 15, passage Saulnier.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

(GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE)

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

La estirpazione dell'utero per la via della vagina, par le Dr Arturo Bompiani (Extrait de la *Gazzetta medica di Roma*, VIe année, no 22).

A new method of performing ovariotomy by Noeggerath (Extrait de *The New-York med. Journal*. Février 1881.

Les eaux minérales de Saint-Alban au point de vue clinique et des diverses méthodes de traitement par l'acide carbonique, par le Dr Servajan. Paris, 1880, Masson, éditeur.

Minor surgical gynecology, a manual of uterine diagnosis and the lesser technicalities of gynocological practice for the use of the advanced student and general practitioner, par le Dr F. Mundé. Illustré de 300 planches ; éditeur, William Wood et Co, 27, great Jones street. New-York, 1880.

Le péril vénérien dans les familles, par le Dr Diday (de Lyon). 1 volume in-16 de 148 pages. Asselin, éditeur, 1881.

Rocky mountain health resorts on analytical study of high altitudes in relation to the arrest of chronic pulmonary disease, par le Dr Charles Denison. Editeur, Houghton Mifflin et Co, Boston, 1881.

Hæmorrhage from the organs of generation during pregnancy and parturition, par le Dr Arthur W. Macan (Extrait of *The British medical Journal*, 7 avril 1880).

Observations on the cæsarean, section craniotomy and of other obstetric operation, with cases, par le Dr Thomas Radford. Editeur, Churchill, New-Burlington street, London, 1880.

Le gérant : A. Leblond.

Paris. — A. Parent, imp. de la Fac. de méd., r. M.-le-Prince, 29-31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Avril 1881.

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'ADÉNITE PÉRIUTÉRINE

Par M. le Dr A. Courty.

Les autopsies de femmes ayant succombé à des maladies puerpérales ont fait découvrir du pus dans les vaisseaux et dans les ganglions lymphatiques entourant l'utérus, parfois en assez grande quantité pour les distendre et permettre à l'anatomiste d'en suivre l'origine, le trajet, les anastomoses. Hors ces cas, la connaissance même de la disposition simplement normale des vaisseaux et des ganglions lymphatiques de la matrice avait été presque ignorée jusqu'à ces derniers temps, où les recherches de J. Cruveilhier, de Lucas-Championnière et de Léopold, pour ne citer que les principaux, fondées simultanément sur l'anatomie pathologique, l'anatomie comparée et l'histologie, ont permis

enfin de donner une description de ces organes, sinon complète, au moins exacte dans la portion attentivement recherchée et observée par ces auteurs.

De mon côté j'ai été amené, par les constatations que des recherches très minutieuses m'avaient permis de faire chez des femmes atteintes de métrites chroniques et d'ulcérations de la muqueuse utérine, à soupçonner que, chez un certain nombre de malades, les vaisseaux et les ganglions lymphatiques participaient à la phlegmasie, qu'ils en présentaient les conséquences et qu'ils permettaient presque d'en mesurer la durée, l'intensité, les dimensions.

Chez les premières malades où j'ai fait de pareilles constatations, ces recherches ont été entreprises, soit pour découvrir la cause méconnue, ignorée ou cachée de douleurs résistant à des traitements rationnels et méthodiques prolongés, ou se manifestant peu à peu sans cause reconnue ou sans aggravation apparente d'une inflammation utérine ayant toujours fourni une plus ou moins longue carrière, soit pour rechercher la cause de douleurs siégeant dans un point habituel déterminé, persistant avec ténacité, malgré l'apparence de guérison d'une métrite antérieure, et jetant les malades dans une désolation, souvent même dans un désespoir d'autant plus sensibles que l'affirmation par leur médecin de leur apparente guérison contrastait davantage avec la persistance, sinon avec l'aggravation de leurs douleurs. Un pareil état les démoralisait et les jetait dans une sorte d'hypochondrie, toujours caractéristique des longues maladies utérines en général, mais bien plus caractéristique encore de la crainte des dangers que l'ignorance de leur mal ou plutôt de la cause même de leurs douleurs ne manquait pas d'éveiller et d'entretenir dans leur esprit.

On se ferait difficilement une idée de la quantité de maladies incurables ou d'affections compliquées, ayant résisté à de longs traitements, qu'il peut être donné d'observer en quelques années. Lorsqu'une malade, ayant épuisé tous les moyens de traitement mis en œuvre par son médecin ordinaire ou par les principaux

médecins de son voisinage, a vu s'écouler, sans guérir ou sans éprouver un soulagement notable, un laps de temps assez considérable pour épuiser sa patience ou sa confiance, je la vois souvent accourir de distances fort éloignées, la plupart du temps adressée et confiée à mes soins par d'honorables confrères, qui me donnent par là un témoignage d'estime auquel je suis toujours très sensible, mais qui me mettent souvent dans la dure nécessité de reconnaître l'impuissance de l'art et de faire appel à la résignation de cette infortunée. Heureusement toute maladie dont le temps n'a pu triompher n'est pas incurable. Plus on acquiert l'expérience sur un sujet, plus on peut espérer d'arriver un jour à découvrir la cause obscure ou latente de ces affections rebelles, et c'est ainsi qu'il m'a été donné d'acquérir sur quelques maladies utérines peu connues une connaissance puisée uniquement dans l'observation attentive d'un nombre de cas relativement très considérable, dont le concours m'a servi maintes fois à répandre des unes sur les autres une lumière plus ou moins salutaire.

Parmi ces nombreuses malades, il m'en a été adressé un certain nombre que leurs médecins me dépeignaient comme ayant été atteintes de métrites chroniques plus ou moins étendues, compliquées tantôt de leucorrhées ou de granulations, tantôt d'ulcérations plus ou moins profondes, ayant été soumises à des traitements rationnels, méthodiques, plus ou moins prolongés, dont l'efficacité indubitable se manifestait par la disparition successive de la leucorrhée, des granulations, des ulcérations, souvent même de la rougeur, de la tuméfaction et de la douleur du tissu utérin; en un mot par toutes les apparences d'une guérison, je puis même dire par la certitude, dans quelques cas, de la guérison de la métrite, particulièrement de l'endométrite contre laquelle ces traitements avaient été institués, sans que les malades pussent néanmoins convenir elles-mêmes de cette guérison d'une apparence si trompeuse pour le médecin ; en un mot, sans que les symptômes subjectifs eussent tous disparu en même temps que les symptômes objectifs, ou sans que les malades continuassent à souffrir de douleurs, sinon absolument pareilles,

du moins analogues, et siégeant dans les mêmes points ou dans des lieux voisins de ceux qui paraissaient avoir été le siège des premières douleurs.

Parfois d'autres malades, ayant affaire à un médecin moins habile ou moins expérimenté, venaient d'elles-mêmes réclamer mes soins, malgré l'assurance que leur médecin traitant leur donnait de la guérison de leur maladie, et se plaignaient amèrement de continuer à éprouver les mêmes douleurs, ou des douleurs qui semblaient s'être légèrement déplacées, ou concentrées plus particulièrement sur un point, tandis que leur médecin, d'ailleurs digne de toute confiance, leur donnait depuis quelque temps déjà l'assurance qu'elles étaient guéries.

On conçoit effectivement qu'il n'y a pas de perplexité ni de découragement comparable à celui d'une malade à qui un bon médecin affirme qu'elle est guérie, que cette guérison est facile à constater par la vue, et qui éprouve néanmoins des douleurs ou qui continue à avoir certaines sensations lui donnant à elle-même la certitude qu'elle n'est pas guérie. Comment une malade s'avouerait-elle guérie tant qu'elle souffre? On ne peut la faire convenir à aucun prix qu'elle ait recouvré sa santé, tant qu'elle ressent des douleurs dont elle n'est que trop habituée à reconnaître et à redouter les atteintes, d'autant mieux que ces douleurs acquièrent alors une fixité et souvent une aggravation, une continuité, une intensité remarquables.

C'est alors le cas d'épuiser tous les moyens d'investigation, seuls capables de nous conduire à un diagnostic précis.

Je ne parle pas, bien entendu, de ces erreurs de diagnostic aisées à constater, des cellulites ou des péritonites périutérines, des ovarites même, coïncidant souvent, bien qu'incomplètement développées, avec la métrite qui a parfois attiré seule les regards et étant restées méconnues justement par suite de leur faible intensité et du degré supérieur d'intensité de la métrite qui a, par cela même, absorbé entièrement et détourné à son profit l'attention exclusive du médecin. Il faut convenir qu'aujourd'hui ces inflammations périutérines sont assez connues pour que la méprise à leur égard devienne de plus en plus

rare; et, effectivement, chez la plupart des malades dont je parle, aucun signe objectif de cellulite périutérine, ni de phlegmon du ligament large, ni de péritonite périutérine, ni d'ovarite, ni de salpingite ne pouvait être recueilli, et la métrite elle-même paraissait entièrement guérie, du moins à première vue.

Mais je ne tardai pas à remarquer d'abord que la plupart des malades qui venaient se plaindre de continuer à souffrir, bien que la guérison de leur métrite leur fût affirmée, se plaignaient de douleurs ayant un siège plus limité, plus circonscrit que dans le principe, lorsqu'elles avaient commencé le traitement institué contre la métrite; que le siège de ces douleurs était rapporté par elles à une profondeur plus ou moins considérable dans le bassin, sur un côté plutôt que des deux, et du côté droit plus souvent que du gauche, vers la partie postérieure, du côté du sacrum ou même plutôt du coccyx; que ces douleurs se propageaient vers le rectum et l'anus, étaient provoquées par la station debout ou assise, par le coït, par l'application du spéculum, surtout par la compression ou l'appui pris par une des vales de l'instrument ou par la gouttière du spéculum univalve sur la paroi vaginale postérieure, bien que la vue ne perçût rien d'anormal sur cette paroi; enfin que cette douleur se propageait moins à la région lombaire, et moins encore à l'épigastre, et qu'elle ne s'accompagnait d'aucun de ces phénomènes réflexes, tels que défaut d'appétit, dyspepsie, anorexie, nausées, etc., simulant les débuts d'une grossesse et si caractéristiques de la métrite du corps, comme de la congestion, de l'engorgement, de la chute en arrière de ce même segment ou du fond de l'organe.

En pratiquant le toucher, surtout le toucher associé à la palpation, je constatai que la pression du doigt, comme celle du spéculum, ne provoquait aucune douleur, nulle part, sauf parfois vers le cul-de-sac utéro-vaginal postérieur, quelquefois même aucune jusqu'en ce point. En cherchant à incliner l'utérus en divers sens, je constatai que la mobilité en était normale et complète, sauf de rares exceptions. En associant le palper au toucher, soit que l'on prît l'organe entre les deux mains, soit

qu'on en explorât les régions environnantes, à droite et à gauche, on ne percevait ni sensibilité anormale, ni tuméfaction, ni déviation, etc. Mais en poursuivant cet examen, je puis le dire, minutieusement, toujours avec la pensée que quelque altération pouvait exister dans la région périutérine, en cherchant à remonter derrière l'utérus et à y explorer l'ovaire en prolapsus, ou le long des bords de l'organe et en déprimant fortement la base de l'intervalle des ligaments larges à mesure qu'on s'éloignait de ces bords, je fus souvent surpris de trouver derrière la matrice, en déprimant et élevant fortement le cul-de-sac vaginal postérieur, un corpuscule arrondi, mais irrégulier, inégal, d'un volume variable de celui d'un pois, d'un haricot, à une noisette, très douloureux à la pression, arrachant un cri à la malade, qui fait souvent un mouvement de recul et dit : « C'est bien là ! voilà où est ma douleur ! » Quelquefois, au lieu d'un, on trouve deux ou trois corpuscules de la même dimension, habituellement inégaux, un ou deux étant plus volumineux : il est très rare que le volume en égale celui d'une noisette. — En cherchant ensuite le long des bords de l'organe et en déprimant fortement les culs-de sac latéraux, surtout si l'on a soin d'appliquer l'autre main à plat sur l'hypogastre et de déprimer de plus en plus cette région pour pousser en bas l'utérus et ses annexes dans l'excavation et les empêcher de fuir en haut sous la pression de l'indicateur qui pratique le toucher, l'extrémité de ce doigt ne tarde pas à percevoir ordinairement un ou deux, rarement un plus grand nombre de corpuscules, de petits noyaux indurés, analogues à ceux qui ont été rencontrés derrière l'utérus, quelquefois des deux côtés, ou à la base des deux ligaments larges, souvent d'un seul côté, et plus fréquemment du côté droit que du côté gauche. Ces noyaux indurés sont également plus ou moins arrondis sur une partie de leur périphérie, irréguliers sur le reste, habituellement distincts de la paroi vaginale qui glisse sur les corpuscules, mais n'étant pas libres de toute adhérence, ne se laissant pas déplacer sensiblement et ne glissant pas en fuyant sous la pression du doigt, comme l'ovaire, paraissant au contraire retenus par des adhérences plus ou

moins lâches au tissu fibrillaire, lamineux, vulgairement nommé cellulaire, qui est contenu entre les feuillets antérieur et postérieur du ligament large, parfois semblant se continuer avec des tractus indurés, se prolongeant vers le haut ou se dirigeant ves la région postérieure de l'utérus et même se rattachant par ces espèces de liens avec les corpuscules indurés postérieurs que nous avons reconnus en arrière de l'organe. Ces nouveaux noyaux d'induration sont, comme les premiers, très sensibles à la pression, laquelle arrache toujours invariablement un cri à la malade, qui, si elle n'est prévenue ou convenablement retenue, cherche à se dérober aussitôt et ne manque pas de signaler la douleur que cette pression vient de provoquer subitement chez elle, comme exactement semblable, pour le siège, la direction, la nature, l'intensité, à celle dont elle se plaint habituellement et dont le développement, quelquefois permanent, persistant, à un degré plus ou moins intense, est plus particulièrement provoqué par la marche, la station debout, ou plutôt assise, la défécation, les mouvements, les secousses, la voiture, le cheval surtout, et quelquefois plus encore le coït, qui est pour la malade une source de vives douleurs, d'autant plus pénibles qu'elles éloignent les désirs de rapprochement sexuel et mettent souvent la discorde entre les époux, surtout lorsque le médecin a prononcé que la métrite est guérie et que la femme n'est plus malade.

Je me demandai d'abord quelle interprétation il fallait donner à l'existence bien avérée de ces corpuscules, que je ne tardai pas à constater, une fois mon attention éveillée sur ce point, à peu près chez toutes les malades qui m'avaient été adressées comme antérieurement atteintes d'une métrite chronique actuellement guérie.

Ma première hypothèse fut que la malade avait été probablement atteinte d'inflammation périutérine en même temps que de métrite, probablement de cellulite périutérine, plutôt que de péritonite pelvienne, et que ces corpuscules étaient des noyaux d'induration de tissu cellulaire, vestiges de la cellulite développée non seulement dans les ligaments larges, mais au-

tour de l'utérus lui-même, et dont la terminaison, au lieu d'aboutir à la suppuration, s'était faite par résolution graduelle, mais en passant dans les points les plus enflammés de l'état de ramollissement à l'état d'induration par la formation sur certaines places et dans certaines directions de tissu fibreux, inodulaire, cicatriciel, dur, formant à la rencontre de tractus se prolongeant en divers sens des noyaux plus épais, indurés, analogues aux nodus, aux indurations, que l'on peut observer sous la peau, comme en d'autres parties occupées par le tissu conjonctif, à la suite d'inflammation phlegmoneuse de ce tissu, terminée par résolution.

Pourtant la forme arrondie, régulière de certaines portions de la surface de ces corpuscules, la douleur aiguë provoquée par la pression, dont la mesure nous était donnée par les cris arrachés à la malade, étaient en opposition avec cette hypothèse qui devait au contraire nous faire rencontrer des îlots de tissu induré moins unis, moins lisses, moins réguliers, mais plutôt inégaux, raboteux, et surtout qui ne pouvait nous laisser admettre que l'inflammation, arrivée à la période d'induration et simultanément de résorption ou de résolution, conservât une acuité proportionnée à l'intensité de la douleur provoquée par la pression, circonstance qui devait coïncider au contraire avec une tuméfaction plus considérable, une chaleur et un ramollissement proportionnés à cette tuméfaction et à un degré de développement inflammatoire tout différent.

C'est alors que l'idée me vint que ces noyaux d'induration, dont le volume était toujours à peu près le même, dont le siège était invariable, dont la douleur, bornée au corpuscule même, ne s'étendait pas au tissu environnant, pourraient bien être les renflements plexiformes ou ampullaires des vaisseaux lymphatiques, les ganglions trouvés par les anatomo-pathologistes derrière le corps ou l'isthme de l'utérus et à la base du ligament large, ceux que j'avais vus figurés, notamment dans le bel Atlas de Cruveilhier, et que j'avais rencontrés moi-même, gorgés de pus, à la suite de maladies puerpérales ayant entraîné la mort de femmes en couche. En un mot, je ne pus m'empêcher de

présumer que je me trouvais en présence d'une angioleucite, d'une adénite provenant du système lymphatique de l'utérus, probablement consécutive à l'absorption, par le réseau lymphatique de la muqueuse, des éléments inflammatoires, plus particulièrement purulents, répandus à la surface de la muqueuse atteinte d'endométrite, ou d'une ulcération superficielle plus ou moins étendue, suite du développement de l'inflammation sur cette muqueuse, maladie qui n'avait pu être diagnostiquée jusqu'alors, parce qu'elle n'avait pas encore été décrite.

Une seule circonstance permettait de lever tous les doutes et d'acquérir la certitude, sinon que ces indurations étaient toujours des adénites, du moins que dans un assez grand nombre de cas elles étaient de véritables ganglions lymphatiques, ou de petits paquets, des pelotons de vaisseaux lymphatiques enflammés et tirant de cette inflammation leur tuméfaction et leur douleur ou leur sensibilité morbide : c'était la constatation de ces faits par la nécropsie. Heureusement, les autopsies des femmes succombant à des maladies utérines simples ou sans néoplasmes, sans altérations organiques, et en dehors de l'état puerpéral, sont fort rares, et il n'était guère probable que j'en dusse rencontrer de longtemps ; je devais donc chercher dans d'autres circonstances des indices de probabilité extrême, sinon de certitude absolue d'adénite, tout en attendant du hasard la rencontre du fait démonstratif, le seul absolument démonstratif.

Je dois dire que les circonstances sur lesquelles j'établissais la probabilité de l'existence d'une adénite et d'une angioleucite me paraissaient porter ce degré de probabilité à une telle élévation qu'elle équivalait pour moi à la certitude; car, à moins de le voir, on ne pouvait réunir plus de présomptions et de plus fortes présomptions en faveur de cette hypothèse.

D'abord, le lieu, le siège de la petite tumeur indurée, sont bien réellement ceux où l'on trouve les vaisseaux et ganglions auxquels on voit aboutir le réseau lymphatique de l'utérus.

On sait que les vaisseaux lymphatiques de la matrice ont été étudiés, surtout pendant la grossesse ou à la suite de l'accou-

chement, chez des femmes mortes de maladies puerpérales, par Mascagni, Cruveilhier et plusieurs autres anatomistes. Ils sont alors d'autant plus aisés à reconnaître que, par suite de la formation de pus, non seulement dans les lymphatiques, mais dans les veines, on trouve parfois, à la suite de ces inflammations puerpérales, ganglions et vaisseaux gorgés de pus, distendus, ramollis par l'inflammation, et, pour ainsi dire, préparés pour l'étude par ces altérations organiques, comme par une injection mercurielle en facilitant la dissection. On trouve dans l'Atlas d'anatomie pathologique de Cruveilhier, 13e livraison, une planche représentant l'utérus d'une femme ayant succombé à une métrite puerpérale, particulièrement très démonstrative de la disposition des vaisseaux et ganglions lymphatiques gorgés de pus.

Dernièrement, Léopold (*Archiv. für Gynækolog.*, t. VI, p. 1, Berlin, 1873) a étudié les lymphatiques utérins, à l'état de vacuité, non seulement chez la femme, mais encore chez les femelles de quelques mammifères. Il résulte de cette nouvelle étude, confirmative de celles que l'on avait entreprises précédemment sur l'utérus en gestation ou en état puerpéral, que la muqueuse renferme la plus grande quantité de vaisseaux lymphatiques, lesquels, sous la forme de sinus larges et multipliés, sont dans un contact intime, comme les sinus veineux, avec les autres vaisseaux lymphatiques et sanguins, dont ils ne sont séparés que par l'endothélium. Ces sinus se convertissent en infundibulum qui établissent la communication de ce premier plan de lymphatiques avec le plan beaucoup moins riche de la couche musculeuse, où l'on trouve encore quelques sinus contournés par les fibres musculaires, contournant eux-mêmes, à leur tour, les vaisseaux sanguins et se portant en plus grand nombre, vaisseaux et sinus, sur les côtés de l'organe que sur ses autres points, en même temps que les principaux vaisseaux sanguins.

Une fois que le réseau lymphatique est arrivé sous la séreuse, les sinus disparaissent, du moins la plupart ; il n'y a que des vaisseaux lymphatiques, reposant sur le tissu cellulaire sous-

séreux et formant un réseau abondant, caractéristique, moins considérable que celui des vaisseaux sanguins, s'anastomosant, par des branches perpendiculaires, avec les lymphatiques profonds, formant sous le péritoine des groupes irréguliers, petits ou volumineux, sur la paroi antérieure ou postérieure, surtout sur la postérieure, au voisinage de l'insertion tubaire où ils forment parfois des espèces de grosses ampoules qui se prolongent sur les trompes et au niveau de l'union du corps avec le col, en gagnant les bords de l'organe et présentant des espèces de plexus ou de pelotons, comme des espèces d'îlots de vaisseaux lympathiques plus multipliés sur certains points.

Venus, soit de la membrane muqueuse, soit de la paroi musculaire, partageant l'hypertrophie de l'une et de l'autre dans l'état de grossesse, les vaisseaux lymphatiques se divisent, comme les vaisseaux sanguins, en deux groupes principaux de chaque côté. Les inférieurs, qui viennent du col, se jettent dans les ganglions pelviens latéraux, cheminant à la base des ligaments larges dans le tissu cellulaire qui des ligaments larges s'étend, d'un côté, autour de l'utérus, de l'autre côté dans l'excavation pelvienne. Les supérieurs, qui viennent du corps, suivant les vaisseaux tubaires et ovariques, et les plexus veineux panpiniformes se jettent finalement dans les ganglions lombaires. Cruveilhier les a parfois trouvés pleins de pus, les uns et les autres, après l'accouchement, et les a admirablement figurés (*Anat. pathol. générale*, t. II, p. 487. *Atlas*, 13e livraison) comme exemple de lymphangite puerpérale.

Récemment aussi, M. Lucas-Championnière a fait des recherches (*Lymphatiques utérins*, *Lymphangite utérine*, Paris, 1870), et a reconnu que, effectivement, les vaisseaux lymphatiques du col de l'utérus se réunissent en vaisseaux plus ou moins gros, à l'union du corps et du col. Il en existe habituellement un plus gros que les autres, comme une espèce de tronc. A ce niveau, ils se portent dans le tissu cellulaire latéral de la base des ligaments larges, s'accolent aux vaisseaux sanguins et rencontrent immédiatement un ou deux petits ganglions qui ne sont pas précisément constants, mais qui pa-

raissent remplacés, lorsqu'ils manquent, par un réseau lymphatique, véritable plexus vasculaire, important, formant une espèce de peloton, qui peut simuler un ganglion et faire prendre le change. Les troncs vasculaires les plus volumineux gagnent ensuite la face postérieure sous-péritonéale du ligament large, et de là ils arrivent aux ganglions pelviens profonds et aux ganglions sacrés. Les lymphatiques du corps, venus surtout de la partie qui avoisine la surface placentaire, s'anastomosent avec ceux des ovaires et des trompes, suivent le plexus veineux utéro-ovarien, et remontent avec un paquet de vaisseaux jusqu'aux plexus vasculaires et aux ganglions lombaires où ils aboutissent.

La disposition de cet appareil lymphatique une fois bien connue, on ne peut s'empêcher d'y rattacher un certain nombre des symptômes dont les malades se plaignent. Lorsqu'on a constaté surtout la concordance que je vais signaler entre certaines douleurs sacrées, inguino-crurales, sciatiques, et les symptômes objectifs d'inflammation des vaisseaux et ganglions lymphatiques utérins inférieurs, on ne peut se défendre d'attribuer pareillement à une inflammation des vaisseaux et ganglions lymphatiques supérieurs des douleurs aiguës, persistantes, tenaces, n'abandonnant pas la région lombaire ou rénale chez des femmes atteintes d'endométrite profonde, de salpingite, d'ovarite, en un mot d'inflammations profondes de l'utérus ou de ses annexes, à l'égard desquelles ces douleurs peuvent devenir à leur tour des symptômes assez notables pour être regardés comme éléments importants de diagnostic. Mais je reviens à ce que je voulais d'abord démontrer, à savoir, que le siège des petites tumeurs indurées dont je signale ici la présence est une circonstance qui rend probable leur nature ganglionnaire lymphatique. J'avais eu déjà l'occasion de recueillir des exemples de purulence de vaisseaux et ganglions lymphatiques rétro-utérins à la suite de métrite puerpérale. L'accord remarquable entre ces exemples et les descriptions, ainsi que les figures données par les observateurs dont j'ai parlé, avaient gravé dans mon esprit le siège de ces petites tumeurs, angio-

leucites et ganglionnaires, derrière l'utérus, vers le niveau de l'isthme, sur ses parties latérales à la base des ligaments larges et vers le feuillet postérieur de ces replis péritonéaux, de sorte que je ne pus me défendre, la première fois que mon attention fut éveillée par la constatation de pareilles tumeurs indurées, à l'aide du toucher, de penser que j'avais sous le doigt ces mêmes ganglions, ces mêmes pelotons de vaisseaux lymphatiques, plexiformes, rendus si apparents par leur volume et le pus dont ils étaient remplis sur les cadavres de femmes récemment accouchées, ayant succombé à des accidents puerpéraux.

L'occasion se présenta plusieurs fois pour moi, je puis même dire plus souvent que je ne m'y fusse attendu, de renouveler pareille observation, d'autant plus souvent que, ainsi que je l'ai raconté dans les pages précédentes, cette observation était faite par moi chez des malades qui, venues de divers côtés, présentaient toutes cette particularité, qui leur était commune, de venir vers moi dans l'espoir que je découvrirais l'origine de douleurs dont la persistance leur causait des chagrins d'autant plus cuisants que leur médecin leur assurait qu'elles étaient guéries, qu'on ne recueillait plus trace de maladie sur l'utérus ou qu'elles n'avaient jamais été malades.

Lorsque l'utérus était en partie immobilisé, que les culs-de-sac rétro ou latéro-utérins n'étaient pas libres, mais offraient plus ou moins d'empâtement ou d'induration diffuse, on pouvait bien supposer avoir sous les yeux des noyaux, vestiges d'indurations phlegmasiques du tissu cellulaire rétro-utérin ou du ligament large, et effectivement il est des cas où ces petites tumeurs sont plus nombreuses, présentent de grandes variétés de forme et de volume, sont disséminées plus ou moins haut, ou plus ou moins loin en travers, soit derrière l'utérus, soit sur un de ses côtés, et il ne nous répugne nullement de voir alors dans ces petites tumeurs des vestiges de cellulite périutérine, pelvienne ou du ligament large, ayant du reste constaté souvent de pareils vestiges comme traces de ces inflammations, même de péritonites périutérines précédemment bien

constatées et diagnostiquées dans la période de leur plus grand développement, embrassant l'utérus dans un collier, l'immobilisant, et se terminant peu à peu par une résolution lente, dont il m'avait été permis de suivre pas à pas les différentes phases.

Mais ici rien de pareil aux petites indurations dont je parle. Souvent pas de trace de cellulite, ni de péritonite périutérine ; de petites tumeurs bien limitées, faisant quelquefois songer de prime abord à un ovaire abaissé plutôt qu'à une induration phlegmasique irrégulière et plus ou moins diffuse ; petites tumeurs autour desquelles le tissu cellulaire conservait souvent assez de souplesse et qui se trouvaient seules très douloureuses à la pression, tandis que tout le tissu qui les environne est indolent ; petites tumeurs lisses sur une partie de leur surface, ayant toujours, à peu de chose près, le même volume, et présentant un certain degré de mobilité, bien que ne se laissant pas déplacer comme un ovaire; enfin, petites tumeurs ne dépassant pas le nombre de deux ou trois, et surtout occupant toujours exactement le même siège, derrière l'utérus, au fond du cul-de-sac postérieur aussi haut qu'on peut le refouler en arrière et un peu sur le côté de la ligne médiane, ainsi qu'au fond d'un cul-de-sac latéral, manifestement à la base d'un ligament large, rarement des deux, plus souvent d'un seul, plus souvent du droit que du gauche.

Cette constance dans le siège, chaque fois que ces petites tumeurs offraient les caractères énoncés ci-dessus et n'étaient entourées d'aucun vestige d'inflammation périutérine, constance dans le siège de petites tumeurs toujours de même forme ou de même volume à peu près, toujours très sensibles, je puis même dire très douloureuses à la pression, me frappa au point de ne pouvoir m'empêcher d'admettre que j'avais affaire à une angioleucite et à une adénite périutérine.

Du reste ce grand argument, grand du moins pour mon jugement, tiré du siège des tumeurs, était corroboré par les probabilités tirees du nombre, de la forme, de la douleur, et, à mon avis, d'une circonstance encore plus probante, celle des condi-

tions au milieu desquelles ces petites tumeurs phlegmasiques si bien limitées avaient dû se développer, et souvent même s'étaient indubitablement développées.

Je pensai que si j'avais affaire à des adénites ou à des angioleucites, ces tumeurs n'avaient pu se développer que dans des conditions analogues à celles dans lesquelles on voit toujours se développer de pareilles maladies, c'est-à-dire pendant ou à la suite de la suppuration d'un tissu servant de point de départ au réseau lymphatique qui donne naissance aux vaisseaux, et qui aboutit aux troncs ou aux ganglions qui sont le siège du mal. Des adénites, des angioleucites, inférieures, de la région postéro-latérale de l'utérus, ne peuvent se produire que comme conséquences d'inflammation et surtout de suppuration de la muqueuse du segment postérieur du corps et surtout du col de l'utérus, ou de la portion vaginale du col. Et, effectivement, ces malades avaient été traitées pour des métrites plus ou moins suppurées, habituellement leucorrhéiques ou ulcéreuses, quelquefois granuleuses. Quand la maladie avait été méconnue, j'en recueillais les symptômes dans la cavité du col ou du corps; alors même qu'on l'avait cru guérie, il m'arrivait de constater par le cathétérisme l'existence d'un ramollissement congestif ou d'une ulcération de la muqueuse, saignant au moindre contact, surface ulcérée, condition éminemment génératrice de l'angioleucite et de l'adénite, et dont la présence dans les cavités utérines ne saurait être diagnostiquée sans le secours du cathétérisme, ce qui prouve une fois de plus, pour le dire en passant, l'utilité incontestable de cet instrument précieux, décrié encore de nos jours, je ne sais trop pourquoi, alors qu'on ne peut causer aucun accident fâcheux lorsqu'on en pratique l'application méthodiquement, suivant les règles, et que l'on ne saurait jamais, sans son secours, je le déclare formellement, arriver à cette précision de diagnostic si absolument nécessaire dans la pratique gynécologique.

Du moment que l'on a la certitude qu'une malade a eu des granulations, des ulcérations, de la leucorrhée, une métrite du col, du moment que l'on constate l'existence encore patente

d'une métrite concomitante, d'une endométrite leucorrhéique ou saignante, surtout d'une surface ulcérée, lorsqu'on a surtout toutes les preuves de l'existence déjà ancienne de ce mal, non seulement tout s'explique, non seulement l'angioleucite et l'adénite sont des conséquences naturelles de la persistance, de la durée de cette endométrite ulcéreuse, mais elles en sont des conséquences plus que naturelles, je dirai nécessaires, tellement nécessaires que j'ai souvent, depuis lors, renversé les termes du problème et qu'après avoir eu de la peine à la solution du problème tel qu'il se posait primitivement, j'en suis venu, par la conséquence même de l'enchaînement logique des termes, àprendre la réciproque comme une nouvelle solutiond ont l'application n'est pas rare, c'est-à-dire que, aujourd'hui, j'ai tellement la certitude que l'adénite et l'angioleucite sont les conséquences d'une endométrite ulcéreuse que, lorsque je constate chez une malade ayant le col indemne et l'utérus sain en apparence, une adénite rétro ou latéro-utérine, j'en conclus à l'existence d'une endométrite ulcéreuse, et je ne me trompe pas : le cathétérisme en ramenant une goutte de pus, quelques gouttes de sang, provoquant une peu de douleur, etc., en donne aussitôt la preuve.

J'en étais là de mes connaissances sur l'adénite et la lymphangite périutérines, dont je croyais avoir autant de preuves qu'on en peut trouver, sauf la démonstration directe par la constatation sur le cadavre, et je ne supposais pas que l'occasion pût se présenter jamais où je vérifierais mes présomptions par l'examen nécroscopique, cette adénite s'observant habituellement chez des femmes encore jeunes ou dans la force de l'âge et n'entraînant jamais par elle seule d'accidents mortels. Je l'avais retrouvée, comme nos anatomo-pathologistes, dans les cas les plus graves c'est-à-dire dans ceux où l'adénite est suppurée et est la conséquence de maladies puerpérales qui ont causé la mort. Mais par quelle chance pouvais-je présumer que l'occasion vînt s'offrir à moi d'en vérifier l'existence dans un cas ordinaire, surtout des plus fréquents, presque les seuls, je veux dire dans un cas de phlegmasie chronique? C'est pourtant

qui arriva en 1873. Une femme de 40 ans environ, que j'avais te plusieurs fois à ma consultation gratuite et chez qui j'avais nstaté une adénite rétro et dextro-utérine, avec endométrite ronique, négligée depuis cinq ou six ans que la maladie ait commencé à se développer, en débutant par la métrite, t atteinte d'une pleuro-pneumonie qui devint bientôt, par s imprudences de lamalade, une pneumonie double à laquelle le succomba. J'avais trop d'intérêt à vérifier la justesse de es présomptions sur l'existence de l'adénite rétro-utérine, ur ne pas obtenir à tout prix d'en faire l'autopsie. Je trouvai fectivement, à la base du ligamment large droit, à un centiètre à peine du bord de l'utérus, un ganglion lymphatique de grosseur d'une petite amande hors de la coque ou d'un bel ricot, rouge, enflammé, uni, lisse dans ses deux tiers externes sselé, inégal sur son bord supérieur et son côté interne, se ntinuant en dehors avec un tronc lymphatique qui présenit deux renflements, dont l'interne plus gros, plexiforme, et se tait dans les lymphatiques aboutissant à un ganglion latéroelvien, en contact par son côté interne avec deux vaisseaux qui enaient à 2 centimètres à peine, derrière l'utérus, une dissition plexiforme et ampullaire donnant au doigt la sensan d'une sorte de noyau roulant à peine sur le tissu utérin us dur et paraissant se continuer à la fois avec un plan superiel de vaisseaux lymphatiques très tenus, formant un réseau ii ne tardait pas à échapper à la vue et avec des vaisseaux de mmunication plus profonds, gagnant directement à travers la uche musculaire le centre de la matrice, mais qu'il me fut npossible de poursuivre. La muqueuse du col et une partie de lle du corps étaient manifestement enflammées, granuleuses; lle qui couvrait la paroi cervicale postérieure, rouge vineux, imollie, friable, était visiblement dépouillée de son épithéum sur certains points et présentait sur d'autres l'aspect d'un rd découpé, inégal, comme des bords d'un ulcère.

Ces altérations, bien que fort éloignées de celles que les vaisaux et les ganglions lymphatiques présentent chez la femme ant succombé à des accidents puerpéraux, n'en étaient pas

moins fort perceptibles. Il faut se rappeler qu'il s'agissait ici de phlegmasie chronique ; je ne doute pas qu'il ne se présente des cas comme ceux de ces leucorrhées aiguës, blennorrhagiques, qui, négligées, donnent naissance à des endométrites très graves, compliquées d'ovarite, parfois mortelles, dans lesquels on ne doive constater de ces angioleucites et adénites très apparentes, très démonstratives, quelquefois suppurées. Je ne saurais trop encourager les médecins ayant un service de femmes atteintes de maladies vénériennes, à diriger leurs investigations de ce côté et à se souvenir de rechercher les adénites, les angioleucites aiguës, à la suite des métrites et des ovarites provenues de blennorrhagies intenses et négligées par les malades ; je ne doute pas qu'ils ne trouvent la confirmation des faits que j'ai observés, et que je ne saurais trop chercher à mettre en lumière dans l'intérêt du traitement des malades.

Depuis cette nouvelle confirmation de mes constatations premières et des présomptions qu'elles m'avaient inspirées, j'ai retrouvé un très grand nombre de fois l'adénite et l'angioleucite périutérine ; j'en recueille tous les jours de nouveaux exemples et j'ai dû lui donner une place dans mes descriptions à côté de la péritonite périutérine, de la cellulite pelvienne et du phlegmon des ligaments larges, dont il faut savoir la distinguer. (*Traité pratique dès maladies de l'utérus*, *des ovaire set des trompes*, 3e édition, p. 877 et suivantes. Paris, 1881.)

J'ai dû donner à ces descriptions une précision, aisée du reste à atteindre, lorsque l'on connaît bien la maladie et qu'on l'a constatée plusieurs fois, précision qui met le praticien en état d'en distinguer les caractères de ceux des autres maladies périutérines. La précision de ce diagnostic est utile non seulement pour permettre d'instituer un traitement qui réponde aux véritables indications, mais encore, ainsi que je le faisais pressentir précédemment, pour ouvrir les yeux du médecin et appeler son attention en la dirigeant sur l'utérus où il doit trouver nécessairement la cause, le point de départ de l'adénite, c'est-à-dire une ulcération de la muqueuse utérine, ou, plus généralement, une endométrite chronique.

Ainsi, pour me résumer, l'adénite périutérine, aisée à découvrir lorsqu'on a une fois l'attention dirigée et l'esprit ouvert sur ce point, est, comme toutes les adénites, une maladie symptomatique d'un état phlegmasique, surtout purulent ou suppuratif, d'une des membranes où les vaisseaux afférents des ganglions tuméfiés et enflammés ont leur réseau absorbant, par exemple de la muqueuse vaginale ou de la muqueuse utérine, ici en particulier de la muqueuse utérine et plus spécialement de celle du col. A ce point de vue, ne serait-ce que comme symptôme d'une phlegmasie chronique suppurative dont le siège est aisé à déterminer, la constatation de l'adénite rétro-latéro-utérine est intéressante.

Elle est encore plus intéressante par elle même, car elle constitue bien une maladie dont l'intensité, l'étendue, la tendance envahissante, peuvent réclamer toute l'attention et éveiller la vigilance.

Abstraction faite des symptômes, soit directs soit sympathiques, de la maladie utérine, de l'ulcère qui a pu la causer, l'adénite périutérine a des symptômes propres qui permettent de la caracteriser :

Douleurs lombaires ou lombo-sacrées, retentissant souvent vers l'anus, avec des irradiations tantôt vers l'aine et le trou obturateur, tantôt vers la fesse, l'échancrure sciatique, le nerf sciatique.

Persistance des douleurs ou d'une partie des douleurs précédemment éprouvées par les malades, comme symptomatiques de la métrite, alors même que la plupart des symptômes utérins apparents se sont dissipés.

Persistance et même habituellement augmentation des douleurs provoquées par les rapports conjugaux ; la station assise, et même la station debout, la marche, les secousses de la voiture, du cheval, augmentent beaucoup ces douleurs. Il en est de même de la constipation, du passage des matières fécales dans la partie inférieure du rectum au moment de la défécation.

La pression exercée par le spéculum sur la paroi vaginale postérieure, sur le cul-de-sac rétro-utérin, ainsi que le toucher

explorant ce cul-de-sac et la base des ligaments larges, la pression particulière du doigt sur chaque petite tumeur séparément exaspèrent la douleur au point d'arracher un cri et d'imprimer un mouvement pour ainsi dire réflexe à la malade.

Constatation par le toucher de une ou plusieurs petits tumeurs dures, en partie lisses, en partie inégales, les unes du volume d'un gros haricot, les autres plus petites, derrière l'isthme de l'utérus, et sur un des côtés, plus souvent le droit, à 1 centimètre du bord environ, à la base du ligament large, quelquefois très accessible, d'autres fois assez élevé pour qu'on ait un peu de peine à l'atteindre avec le doigt.

Habituellement, intégrité des parties voisines, du péritoine et du tissu cellulaire des ligaments larges, mobilité normale de l'utérus, obéissant aux pressions du doigt sur le col en divers sens.

Habituellement aussi coïncidence d'une endométrite du col, quelquefois du corps et du col, et existence antérieure d'une métrite leucorrhéique ou ulcéreuse, ayant existé pendant un temps plus ou moins long et ayant fini par céder au traitement, du moins dans ses parties apparentes, sans que les douleurs accusées par la malade aient disparu pour cela. Le contraste entre l'apparence de guérison constatée par le médecin et la persistance des douleurs accusées par la malade, est la circonstance qui doit habituellement attirer le plus l'attention sur l'existence probable d'une adénite, d'une angioleucite périutérine.

Il n'est pas malaisé de distinguer cette maladie de la plupart de celles qui se développent dans la même région. Inutile de faire un diagnostic différentiel entre l'adénite périutérine et l'hématocèle, les tumeurs de nature ou de formes et dimensions diverses, et les flexions ou changements de situation de l'organe. Il n'y a, à proprement parler, que deux maladies avec lesquelles on pourrait la confondre : 1° l'abaissement ou la chute d'un ovaire; 2° l'inflammation périutérine sous l'une quelconque de ses formes.

L'ovaire se distingue habituellement par sa facilité à glisser,

à éluder la pression, à fuir sous l'impulsion du doigt, à moins qu'il ne soit retenu par des adhérences. Dans ce cas, l'embarras pourrait surgir, car la pression de l'ovaire est très douloureuse comme celle de l'adénite; mais cet organe est bien plus volumineux que un et même plusieurs ganglions ou ampoules ou plexus ganglionnaires rétro-utérins (alors même qu'il serait atrophié, auquel cas il ne serait pas douloureux), parce que dans le cas d'immobilisation de l'ovaire, au volume de l'organe s'ajoute celui des adhérences, des néomembranes, des tractus fibreux qui l'unissent aux organes voisins.

L'inflammation périutérine, qu'elle se présente sous forme de péritonite ou de cellulite, immobilise plus ou moins l'utérus, forme tumeur autour de l'organe, ou tout autour ou sur un des côtés seulement, ou en arrière, ou en avant. Alors même que la phlegmasie est en voie de résolution et presque disparue, il en reste pour trace des tractus fibreux, des néomembranes, une certaine gêne dans la mobilité de la matrice, enfin des noyaux d'induration dans le tissu cellulaire, pouvant ressembler plus que tout autre élément anatomo-pathologique aux petites tumeurs formées par l'adénite et l'angioleucite, mais en différant toujours, parce que ces noyaux sont plus nombreux, moins gros, plus irréguliers, moins indépendants, plus adhérents aux feuillets du ligament large ou à la surface utérine, plus retenus par les tractus fibreux, les traînées de tissu cicatriciel, les vestiges des modifications apportées par l'inflammation à la densité du tissu cellulaire qui double les feuillets péritonéaux des ligaments larges, ou au poli de la surface péritonéale de ces mêmes feuillets, en un mot, parce qu'ils se rattachent toujours à un état inflammatoire ayant présenté antérieurement une étendue plus ou moins considérable. Enfin, les vestiges de la cellulite, pas plus que ceux de la péritonite périutérine, qu'ils présentent ou non des noyaux d'induration phlegmasique ou cicatricielle, ne sont pas douloureux à la pression comme les ganglions enflammés. Il n'y a qu'un cas où ces derniers pourraient être plus aisément confondus avec ces noyaux d'induration, c'est celui où l'inflammation y durant

depuis fort longtemps s'y est éteinte peu à peu, ou bien ceux où la phlegmasie y a pris dès le début un caractère de chronicité, qui tient de la congestion plus que de l'inflammation, et où la prolifération du ganglion, tout en augmentant son volume, le transforme en adénome ou tumeur adénoïde plutôt qu'en adénite proprement dite. Mais l'inconvénient serait minime, car une légère erreur de diagnostic en ce cas n'apporterait heureusement aucune modification au traitement.

Le traitement est le dernier point dont il me reste à parler pour terminer l'histoire de l'adénite périutérine.

On comprend que, pour cette adénite, comme pour toutes les autres, le traitement doit être franchement antiphlogistique et puissamment résolutif. On sait combien on a de difficulté à résoudre les engorgements ganglionnaires qui succèdent aux adénites, surtout quand ils sont multiples, engendrés par une maladie d'une longue durée, ayant eux-mêmes une existence plus ou moins prolongée. Aussi ne faut-il pas craindre d'insister beaucoup sur le prolongement indéfini, la reprise répétée de ce traitement, les variations dans les divers moyens à employer, la succession des uns aux autres, la reprise du traitement après quelque repos, etc., etc.

On comprend bien qu'ici l'indication ne se présente guère de mettre des sangsues. Il faut donc se contenter de recourir, comme aux meilleurs antiphlogistiques dans cette circonstance, aux grands bains alcalins, aux injections très chaudes, aux pommades mercurielles belladonées. Je donne à ces moyens la qualification d'antiphlogistiques, réservant pour ceux qu'on y ajoutera celle de simples résolutifs, bien qu'à vrai dire les premiers eux-mêmes soient de puissants résolutifs plutôt que des antiphlogistiques proprement dits.

On ne saurait trop baigner la partie malade et la décongestionner par le contact quotidien de l'eau très chaude. Aussi je regarde dans ce cas comme un des meilleurs moyens décongestifs les injections quotidiennes de dix minutes, sur le bidet avec de l'eau à une température aussi élevée que la malade peut la supporter (habituellement 45° centigr.), à laquelle on

ajoute tel ou tel médicament commandé, soit par un peu de leucorrhée qu'il s'agit de dissiper, soit par quelques granulations sur le col, etc.; un peu de phénol, de goudron, de coaltar, d'alcoolat aromatique sont, la plupart du temps, des médicaments suffisants; une rougeur érythmateuse du vagin peut nécessiter l'usage de l'amidon, de la colle de Flandre, de la guimauve, de la graine de lin, etc. J'ajoute à ces injections les grands bains tièdes quotidiens ou tous les deux jours, avec 1 kilo de son ou 250 gr. de colle de Flandre et addition de 200 gr. de sous-carbonate de soude, dont l'action fortement résolutive s'ajoute à l'action émolliente ou antiphlogistique de l'eau; bien entendu que la malade fait tout le temps du bain des injections dans son bain, avec l'eau du bain, à l'aide de la pompe reposant dans la baignoire et munie d'une grosse canule droite de Delioux de Savignac, qui permet de faire arriver des quantités considérables d'eau dans le vagin, sans éveiller, par aucune impulsion, par aucun choc, la moindre métrite.

Enfin, je prescris à mes malades une pommade composée de :

Onguent napolitain. .	100 grammes	Mêlez.
Extrait de belladone. .	5 —	

Je fais étendre cette pommade en couche épaisse sur une compresse de toile assez grande pour recouvrir tout l'hypogastre depuis le nombril jusqu'au-dessous des plis de l'aine qui doivent être également couverts; je mets au-dessus de cette compresse une couche épaisse de coton cardé ou d'ouate, débordant le cataplasme de pommade en tout sens, je fais recouvrir le coton d'une nouvelle compresse imperméable de beaudruche, caoutchouc mince ou taffetas gommé, débordant en tous sens le coton; et tout cet appareil est retenu par un caleçon de natation en tricot, ouvert entre les cuisses et auquel on attache ces diverses compresses par quelques points de couture au besoin; ce petit appareil est gardé nuit et jour, il n'est ôté qu'au moment de se mettre au bain, il doit être remis dès que la malade est essuyée, en ayant soin d'ajouter chaque fois un peu

plus de pommade sur la compresse de toile, toujours la même ; on conçoit que la chaleur humide que l'ouate et l'enveloppe imperméable entretiennent autour du bas-ventre, est aussi favorable à la pénétration de la pommade qu'à la résolution de la tumeur. Il ne faut pas négliger de recommander à la malade l'extrême soin de la bouche, de toute la muqueuse buccale et même nasale tout le temps qu'elle emploie cette pommade ; je lui recommande de nettoyer exactement après chaque repas les dents, les gencives, toute la bouche, la gorge, etc., avec une solution saturée de chlorate de potasse dans l'eau, à laquelle on ajoute, au moment de s'en servir, chaque fois dans les quelques gorgées à employer, quelques gouttes d'eau de Botot ou du Dr Pierre ou d'alcoolat de menthe, etc. Je puis certifier, par suite d'une longue expérience, qu'on préviendra toujours ainsi, à coup sûr, pourvu que ce moyen préventif soit bien employé, le développement des aphthes dans la bouche et de la stomatite mercurielle. Je l'ai toujours prévenue, même chez les malades dont les médecins m'assuraient n'avoir jamais pu essayer la moindre application mercurielle chez elles sans avoir été obligés, par le développement de la stomatite, d'en interrompre aussitôt l'emploi : j'y ai donc une confiance absolue.

Ce traitement dispense la malade, au moins dans le principe, de médicaments internes. Pourtant, je donne souvent des laxatifs doux, ne serait-ce qu'un demi-verre ou un quart de verre d'eau de Janos, ou de Pullna, de Birmenstorf, ou simplement de Sedlitz, ou de solution de sel d'Epsom (une cuillerée à dessert ou à café) tous les matins ou tous les deux jours pour déterminer une garde-robe abondante, légèrement révulsive et résolutive. En même temps, on se trouvera bien d'ajouter à ces moyens l'usage plus ou moins abondant du lait dont l'action diurétique n'est pas à dédaigner et peut être augmentée en ajoutant 50 centigr. à 2 gr. de sel de nitre chaque jour dans une des tasses que boira la malade.

Plus tard, à mesure qu'on peut suspendre les premiers moyens auxquels j'ai fait jouer un rôle antiphlogistique on y substituera l'administration de quelques résolutifs qu'on ajoutera peu à peu

au traitement, en passant successivement et graduellement des uns aux autres, en ayant soin de ne pas altérer les fonctions surtout des organes digestifs par l'administration d'altérants trop énergiques ou trop nombreux. On est même souvent obligé alors de soigner particulièrement le régime, de le rendre très tonique, de combattre la débilitation, que le traitement même risquerait d'amener, par l'usage de légères préparations ferrugineuses et de quinquina, par des promenades répétées, l'exercice au grand air, etc.

C'est alors le moment d'administrer l'iodure de potassium, soit par l'estomac en élevant graduellement la dose jusqu'à deux grammes par jour, pas au delà, et même s'il n'est pas bien supporté par l'estomac, l'administrant par le rectum dans un petit lavement additionné de quelques gouttes de laudanum. J'ajouterai que parfois, pour produire une action antiphlogistique et résolutive plus puissante, il m'arrive d'administrer non seulement l'iodure de potassium, mais l'onguent mercuriel double par le rectum; je fais une pommade composée de :

15 grammes de cérat de Galien.	Mêlez.
15 grammes d'onguent napolitain.	
10 gouttes de laudanum de Sydenham.	
1 à 5 centigr. d'extrait de belladone.	

et je pousse cette pommade au haut du rectum derrière l'utérus à l'aide d'une petite seringue à très large canule que j'ai fait construire exprès. On ne doit donner que un ou deux de ces petits lavements par semaine : le lendemain du jour où la malade l'a pris, elle doit éviter d'aller à la garde-robe. L'efficacité de ce moyen est très considérable.

Enfin on peut, à la période où nous sommes, substituer, pour les embrocations hypogastriques, la pommade à l'iodure de plomb et de potassium à l'onguent napolitain ; ou bien plus tard, ou si l'on est en été, saison où l'application des pommades et des enveloppes imperméables est fort incommode, j'y substitue les badigeons tout autour du bassin avec la teinture d'iode, en ayant soin de diviser la partie à badigeonner par zones et de

ne revenir à la première qu'après cinq ou six jours, de peur d'exciter un érythème très douloureux.

Les meilleurs moyens de traitement pour achever la cure et prévenir les rechutes sont les bains résolutifs et l'hydrothérapie, associés, ou employés à la suite l'un de l'autre, de manière à en favoriser l'action et à en augmenter l'efficacité par la succession rapide de l'un à l'autre. Tel état général de la malade peut faire incliner vers des bains sulfureux, ou ferrugineux alcalins, ou arsenicaux; mais si l'on ne craint pas l'appauvrissement du sang, ou si l'on y a pourvu, les bains alcalins sont ceux qui paraissent les meilleurs à employer en pareille occurrence. L'association des eaux de Vichy en boisson, en bains et en injections, à l'hydrothérapie générale, m'a rendu, en pareille occasion, les plus grands services. On commence par l'usage de l'eau minérale. Huit ou dix jours après, on commence à y ajouter l'usage de l'hydrothérapie générale, exclusivement générale. Le matin la malade prend son bain avec injection d'eau minérale dans le bain; l'après-midi elle fait de l'hydrothérapie. Si l'association du traitement minéral et de l'hydrothérapie est fatigante pour la malade, on se contente de substituer à l'hydrothérapie des frictions faites successivement sur toutes les parties du corps avec un molleton de laine rude imbibé d'eau-de-vie, d'eau sédative ammoniacale camphrée, ou de teinture de quinquina et de benjoin, etc., suivies de frictions sèches très légères et très rapides avec une brosse de chiendent ou un gant de crin, et d'exercice, sans aller jusqu'à la fatigue et seulement de manière à porter le sang à la peau, à exciter la circulation périphérique, musculaire et cutanée. Puis, une fois la cure minérale terminée, on commence l'hydrothérapie, et je recommande qu'elle soit exclusivement générale: une ou deux fois par jour, après un exercice suffisant, doucher tout le corps pendant une ou deux minutes, frictionner, masser et faire un exercice suffisant pour une bonne réaction.

Si une saison d'eau minérale et d'hydrothérapie a été insuffisante, on en fait, deux une au printemps et une en automne, et il est bien rare que ces deux saisons, séparées par un intervalle

de repos, n'aient pas raison d'une adénite chronique, comme elles ont raison d'engorgements, d'hypertrophies, de congestions chroniques, soit de l'utérus, soit d'autres organes. Du reste, comme on a pu le voir, il n'y a rien dans ce traitement qui soit spécial à l'utérus, si ce n'est le mode et le lieu d'application. On a recours simplement aux antiphlogistiques, aux altérants, aux résolutifs qu'on a l'habitude d'employer en médecine dans toute autre circonstance.

NOTE SUR L'ABSENCE CONGÉNITALE D'UNE PORTION DU DIAPHRAGME.

Par M. le Dr Polaillon.

Professeur agrégé libre. Chirurgien de la Pitié. Membre de l'Académie de médecine

Parmi les vices de conformation intérieure, qui peuvent entraîner rapidement la mort des nouveau-nés, il en est un, rare à la vérité, sur lequel je désire appeler l'attention : c'est l'absence d'une grande étendue du diaphragme.

Cette cause de mort est d'autant plus difficile à découvrir que, d'après la remarque d'I. Geoffroy Saint-Hilaire, les enfants qui l'apportent en naissant, ne présentent habituellement aucun autre vice de conformation apparent.

Les malformations du diaphragme présentent plusieurs degrés : tantôt ce n'est qu'une petite ouverture, ronde ou ovale, située dans la partie musculeuse, plus rarement dans la partie tendineuse; tantôt cette ouverture est très large et peut comprendre toute une moitié du diaphragme. Dans certains cas, l'ouverture est fermée par le péritoine et la plèvre, qui sont accolés ; les intestins pressent sur ces membranes et s'en forment un sac. Dans d'autres cas, la plèvre et le péritoine manquent, et les viscères abdominaux font irruption sans obstacle dans la cavité thoracique.

Les perforations peu étendues sont compatibles avec la vie, bien qu'elles prédisposent aux accidents des hernies diaphragmatiques. Il n'en est pas de même pour les larges perforations qui laissent passer, dans la poitrine, l'estomac, la rate, une grande partie du foie et des intestins. Dans ces cas, les fonctions des poumons et du cœur sont tellement gênées, que la mort arrive plus ou moins rapidement après la naissance. Si, par exception, la respiration parvient à s'établir, les enfants sont en proie à une dyspnée continuelle, et n'arrivent qu'à un âge fort peu avancé.

D'après les tableaux statistiques que l'on trouve dans l'excellent mémoire de M. Duguet (*De la hernie diaphragmatique congénitale*, Paris, 1866), l'ouverture congénitale du diaphragme est plus fréquente à gauche qu'à droite. On en compte 21 cas à gauche et 14 cas à droite. Nous allons ajouter à cette statistique deux faits dans lesquels le vice de conformation siégeait à gauche.

La vie des enfants semble moins rapidement compromise avec une ouverture à droite qu'avec la même malformation à gauche. Les premiers vivent quelques jours, et on a vu leur existence se prolonger jusqu'à 4 mois, jusqu'à 3 ans et même jusqu'à 5 ans et demi. Les seconds, c'est-à-dire ceux dont le diaphragme fait défaut à gauche, ne vivent que quelques minutes, quelques heures, rarement quelques jours, exceptionnellement un petit nombre de mois. Cette différence dans la gravité d'une même affection, selon qu'elle siège à droite ou à gauche, dépend, dans notre opinion, du déplacement du cœur, déplacement qui est une conséquence presque nécessaire de l'irruption des viscères abdominaux dans la plèvre gauche. Ce déplacement produit, en effet, dans la circulation une gêne qui, en s'ajoutant au trouble de la respiration, hâte incontestablement la mort de l'enfant.

Avant de réunir les principaux symptômes de la maladie qui nous occupe, citons les deux observations suivantes : l'une est due à Carruthers, l'autre a été recueillie par nous-même.

OBSERVATION I de S. Carruthers. (*The Lancet*, vol. II, p. 503, 1879; et *Revue de Hayem*, t. XV, p. 278.)

Il s'agit d'un enfant, né le 18 juillet 1878, qui cria énergiquement après sa naissance. Mais bientôt il commença à se plaindre. Sa respiration devint difficile, à type abdominal (?), et continua ainsi jusqu'à sa mort. Le 29 juillet, il fit deux ou trois efforts pour teter, puis rejeta tout à coup le lait par la bouche et le nez, et mourut dans les bras de sa mère.

Autopsie. — Rien d'anormal du côté de l'encéphale. Le poumon gauche est refoulé en haut et en arrière; son lobe supérieur est induré. Le cœur, dévié à droite, est rempli de sang noir. Le poumon droit, caché sous la clavicule, présente un certain nombre de points qui n'ont pas respiré. D'une façon générale la base des poumons répond à la partie moyenne du sternum. Toute la moitie inférieure de la cavité thoracique est remplie par la totalité de l'intestin grêle et 14 centimètres du côlon. Le diaphragme fait entièrement défaut dans la partie postérieure de la moitié gauche. Les viscères herniés sont enveloppés par une membrane mince et transparente qui leur forme une sorte de sac; ils ne présentent d'ailleurs aucune trace d'inflammation ou d'étranglement.

OBSERVATION II (personnelle) (1).

Mme X... a déjà eu sept grossesses qui n'ont rien présenté d'anormal. Les accouchements avaient été faciles, et les enfants mis au monde étaient bien portants et bien conformés.

Vers la fin de l'année dernière, Mme X... arriva au terme d'une huitième grossesse, qui s'était caractérisée par des malaises fréquents, de l'amaigrissement, un grand affaiblissement des forces, et des pressentiments fâcheux sur l'issue de l'accouchement et la bonne conformation de l'enfant à venir. Le travail se déclara,

(1) Observation communiquée verbalement le 29 novembre 1880 à la Société médicale du VI[e] arrondissement.

et la dilatation du col se fit très rapidement. L'enfant se présentait en O. I. G. A. La tête descendit dans l'excavation ; puis les douleurs se ralentirent et cessèrent même complètement. La rupture artificielle de la poche des eaux ne fit pas cesser cette inertie utérine.

Au bout de trois heures d'attente, la tête n'ayant aucunement progressé, je me décidai à terminer l'accouchement pour soustraire les organes maternels à une compression trop longtemps prolongée. L'enfant était d'ailleurs en parfaite santé ; j'avais ausculté son cœur à maintes reprises, et j'avais toujours constaté des battements réguliers et forts, au nombre de 125 à 130, ce qui m'avait fait présumer qu'il naîtrait un garçon. L'application du forceps fut facile, et quelques tractions légères mirent au monde un enfant mâle, qui *poussa des cris*, donnant ainsi un signe non douteux de sa vitalité. Le cordon fut coupé et lié. L'enfant fut ensuite emporté par la garde-malade pour lui donner les premiers soins.

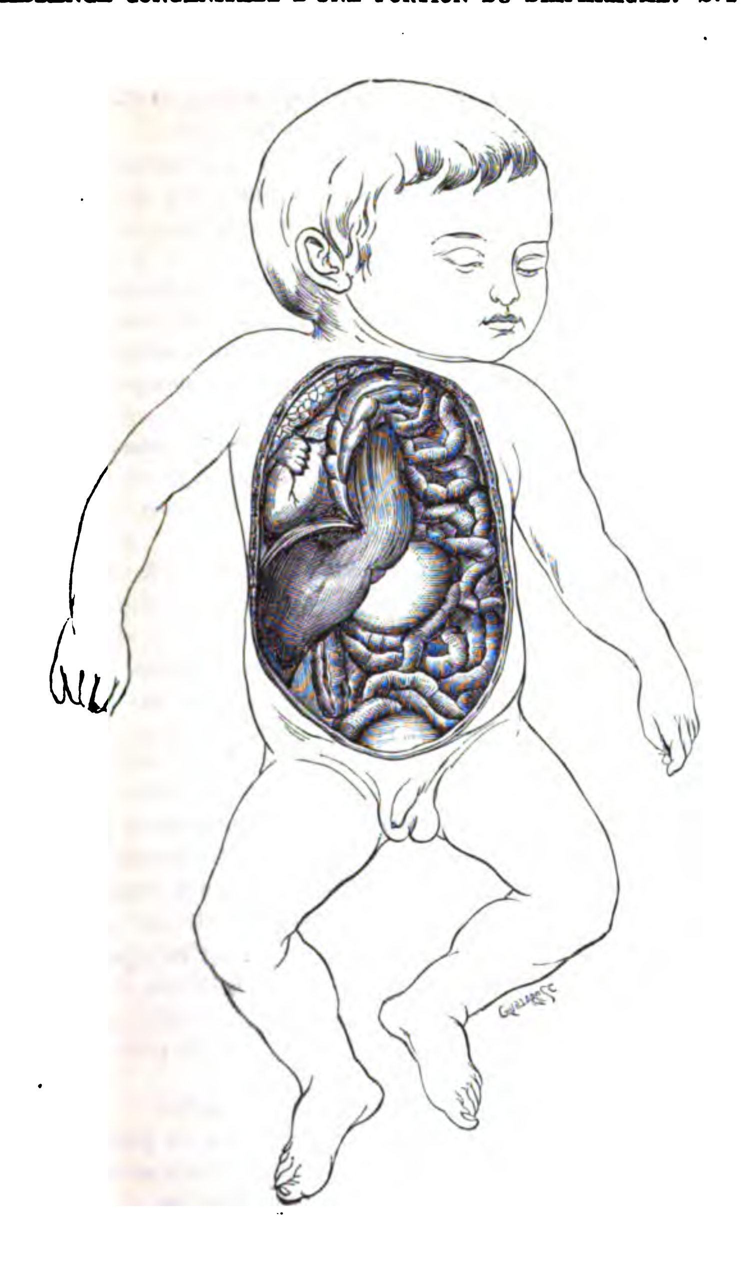
Deux minutes s'étaient à peine écoulées, que la garde-malade m'appela auprès de l'enfant, qui avait cessé de respirer, qui n'exécutait plus de mouvement et dont la peau prenait une coloration d'un bleu foncé.

Je me mis immédiatement en devoir de pratiquer l'insufflation artificielle, fort intrigué par cette asphyxie qui survenait brusquement chez un nouveau-né, qui avait crié en naissant, et qui paraissait plein de vie. Je recherchai en même temps, avec une grande attention, s'il existait des battements dans la région précordiale. Je n'en découvris pas.

L'insufflation méthodique amena quelques inspirations spontanées, et la peau prit une teinte moins violacée. Mais les battements du cœur semblaient faire complètement défaut. Après un minutieux examen de la poitrine, je parvins à constater, par la vue et par le toucher, qu'il existait un soulèvement rhythmique d'un point de la paroi thoracique, en dehors du mamelon droit, au-dessous de l'aisselle droite. Je déclarai alors à la famille que le cœur était situé à droite, et que l'enfant avait un vice de conformation qui l'empêcherait probablement de vivre.

Cependant j'étais encouragé à continuer l'insufflation artificielle par les efforts d'inspirations que l'enfant faisait de temps en temps, par les mouvements de dilatation de ses narines et par la persistence des battements de son cœur.

Frictions avec des linges chauds, frictions avec du vinaigre et de



l'eau-de-vie, instillations de quelques gouttes d'eau-de-vie dans l'arrière-gorge, pressions méthodiques sur la base de la poitrine comme pour simuler les mouvements respiratoires, tels furent les moyens adjuvants qui furent employés avec l'insufflation.

Au bout de trois heures d'insufflation continue et méthodique, les battements cardiaques cessèrent; bientôt après les mouvements spontanés d'inspiration ne se produisirent plus; la peau de la face et du tronc devint pâle; l'enfant avait succombé.

J'avais remarqué que l'introduction du tube à insuffler était difficile et que l'orifice du larynx était plus bas qu'à l'état normal.

Depuis sa naissance jusqu'à sa mort, l'enfant avait rendu une grande quantité de méconium. Il avait aussi rendu quelques gouttes d'urine.

Autopsie. — Le père voulut bien me permettre de constater par l'ouverture de la poitrine le vice de conformation que j'avais annoncé. Mais, dans les conditions où je me trouvais, l'autopsie ne fut pas aussi complète que je l'aurais désiré.

L'enfant, du sexe masculin, ne présentait aucun vice de conformation extérieur. Il avait un volume et un poids certainement au-dessus de la moyenne des nouveau-nés.

Les cuillers du forceps avaient saisi la tête exactement selon le diamètre bi-pariétal et n'avaient laissé aucune trace sur les téguments.

Après avoir ouvert la poitrine et l'abdomen, comme le montre la figure ci-jointe, je constate immédiatement qu'une grande quantité d'anses de l'instestin grêle, une portion du gros intestin et la moitié du foie occupent la cavité pleurale gauche. La moitié latérale gauche du diaphragme est absente, et la cavité du péritoine communique avec celle de la plèvre par une large ouverture. Cette ouverture est limitée en avant, en dehors et en arrière, par l'extrémité inférieure du sternum, par les cartilages costaux et les dernières côtes; en dedans, par le bord, en forme de croissant, de la moitié droite du diaphragme. La portion du foie, qui est logée dans la poitrine, s'est coudée contre ce bord.

Le poumon gauche est atrophié et imperméable à l'air.

Le poumon droit peut être insufflé. Il présente à peu près son volume normal. Mais, pendant la vie, son expansion était notablement gênée par la présence du cœur dans la moitié droite de la poitrine.

La trachée, un peu déviée à droite, présente son calibre normal.

Elle se bifurque comme à l'ordinaire ; mais tandis que la bronche droite est normale, la bronche gauche, qui correspond au poumon imperméable, ne présente que le tiers ou le quart de son calibre habituel.

L'œsophage descend d'abord sur la ligne médiane; mais, arrivé près du diaphragme, il se déjette à droite et pénètre dans l'abdomen sans traverser une ouverture diaphragmatique. L'estomac est contenu tout entier dans l'abdomen.

Le cœur est parfaitement normal. Il est seulement repoussé à droite, sa pointe venant toucher la paroi latérale droite de la poitrine. Il est entouré d'un péricarde complet, dont la base adhère à une membrane, qui n'est autre chose que le centre phrénique du diaphragme. Les vaisseaux, qui naissent du cœur, ont leur disposition habituelle.

Le diaphragme est formé par une partie centrale membraneuse, qui est le centre phrénique. La veine cave inférieure traverse celui-ci. Sur la circonférence droite du centre phrénique on voit naître des fibres musculaires qui vont s'insérer à la face interne des côtes droites, comme à l'état ordinaire. Mais sur la circonférence gauche du centre phrénique il ne naît pas de fibres musculaires. Le diaphragme se termine en ce point par un repli falciforme, dont la concavité regarde à gauche. Je n'ai pu constater comment se comportaient les piliers du diaphragme, ni suivre les nerfs phréniques.

Le thymus occupait sa position habituelle.

Il est important de remarquer que ce vice de conformation ne s'est révélé pendant la vie intra-utérine par aucun signe. L'auscultation, pratiquée à diverses époques de la grossesse, nous a toujours fait entendre des bruits cardiaques réguliers et forts, comme chez un fœtus bien portant. L'absence d'une grande partie du diaphragme n'entrave donc en rien les fonctions et le développement du fœtus. Mais il n'en est plus de même après la naissance, lorsque la respiration doit s'établir et servir à l'entretien de la vie.

Deux cas peuvent se présenter : 1° les poumons sont comprimés et tout à fait imperméables à l'air; le nouveau-né ne peut vivre et succombe en naissant ; 2° les poumons sont en partie perméables, de manière à permettre, dans une certaine mesure,

l'hématose du sang ; l'enfant pourra alors vivre quelque temps, mais il n'aura qu'une existence précaire et peu durable.

L'embarras du praticien est toujours très grand quand il se trouve en présence d'une semblable malformation. Si l'enfant succombe en naissant, sans avoir pu respirer,on le rangera dans la grande catégorie des mort-nés, on ne cherchera pas, en général, quelle a été la cause de la mort, et personne n'accusera le médecin d'ignorance ou d'impéritie, car on sait que nombre d'enfants naissent morts. Mais si le nouveau-né a respiré et crié, si, peu après, sa respiration devient difficile, et s'il succombe à l'asphyxie, les assistants pourront penser que le médecin a laissé mourir l'enfant faute de soins éclairés. Il importe donc de connaître les signes qui peuvent faire soupçonner l'absence partielle du diaphragme. Ces signes sont malheureusement fort incertains. Pourtant voici ceux qui serviront de guide.

La peau a une teinte cyanosée. — La respiration s'accomplit d'après le type thoracique et non d'après le type abdominal. — L'enfant fait de grands efforts d'inspiration : les ailes du nez se dilatent; les lèvres s'entr'ouvrent et se portent en avant comme pour humer l'air; les muscles inspirateurs du cou et de la poitrine se contractent avec énergie. — Lorsqu'on comprime la base du thorax, on produit des borborygmes qui se passent non seulement dans la cavité de l'abdomen, mais aussi dans celle de la poitrine. — Mais le symptôme principal, celui qui met sur la voie de la malformation interne, c'est le déplacement du cœur. Le cœur est vraisemblablement toujours repoussé à droite ou à gauche, du côté opposé à celui où les viscères abdominaux ont élu domicile. Si le déplacement a lieu à droite, comme dans notre observation, la malformation n'est pas douteuse; s'il a lieu à gauche, la malformation est probable, ou au moins il existe quelque anomalie du médiastin ou du cœur, qui explique les accidents observés.

En rapprochant le déplacement des battements cardiaques des borborygmes intra-thoraciques, de la dyspnée, du mode particulier de l'inspiration, de la cyanose, on a un ensemble de

symptômes qui permet de reconnaître la malformation du diaphragme, d'établir la gravité du pronostic et de sauvegarder la responsabilité qui incombe à l'homme de l'art.

Si l'enfant peut vivre quelques semaines, quelques mois ou même quelques années, l'auscultation sera d'un précieux secours pour le diagnostic. Elle fera reconnaître une absence complète du murmure vésiculaire dans un des côtés de la poitrine, et, à sa place, des borborygmes qui s'entendront surtout pendant les inspirations les plus profondes. — La percussion révélera ordinairement une sonorité plus grande qu'à l'état normal, quelquefois de la matité dans les points où un organe mat, comme le foie, sera venu se loger. — Le petit patient aura une dyspnée continuelle, plus grande la nuit que le jour, et plus grande encore lorsqu'il se couche sur le côté sain. Sous l'influence d'une émotion ou d'un exercice, même très léger, cette dyspnée s'exaspérera et revêtira la forme d'un accès de suffocation.

A la place du traitement, dont la nullité est complète, nous n'aurons à faire qu'une seule recommandation : c'est d'insuffler avec précaution le nouveau-né chez lequel on soupçonne une malformation du diaphragme, afin de ne pas introduire de l'air dans le tube digestif et de ne pas produire une tympanite qui augmenterait encore la compression des organes thoraciques.

DES VARICES

PENDANT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT.

Par le Dr Queirel (de Marseille).

Fixer les termes du langage est la première condition pour s'entendre. Nul doute que bien des mots, en médecine, ne correspondent plus aux idées qu'ils représentaient autrefois : soit qu'ils manquent de précision, soit qu'ils aient une accep-

tion trop restreinte, ou bien qu'ils englobent, dans une même expression générique, des espèces différentes. Le progrès de la science qui a déterminé plus nettement l'étymologie nosologique n'est pas cependant toujours suffisant pour vaincre l'usage ou la routine; il en résulte que, sous la même dénomination, on peut décrire des maladies différentes dans leur nature, leurs causes, etc., qui nécessiteraient des titres différents. A cette dernière catégorie appartiennent les varices, et nous serions d'avis, avec Cruveilhier, bien qu'il ne le dise pas absolument, avec Billroth, Valette, de Lyon, et Ranvier, qui sont plus explicites, de réserver le mot *varices* pour des dilatations permanentes des veines dans lesquelles l'altération des parois, ayant détruit leur élasticité, ne permettrait plus le retour de l'état normal. Certainement personne ne confondra la dilatation veineuse abdominale superficielle compensatrice de la gêne de la circulation profonde de l'ascite, d'une tumeur intra-abdominale, avec les varices abdominales représentées dans l'Atlas de Cruveilhier ou avec celles qui persistent encore après l'accouchement, dans un ventre en besace, par exemple; pas plus que les dilatations veineuses superficielles, sillonnant la surface cutanée d'un enchondrome ou d'un encéphaloïde, avec les dilatations ampullaires et les varices en tête de Méduse des membres inférieurs.

Pareillement les dilatations veineuses des membres abdominaux dans les kystes ovariques ou la grossesse, qui ne durent qu'autant que la gêne circulatoire persiste et qui disparaissent avec la cause qui les a produites, ne sont pas des dilatations permanentes dans toute l'acception du mot et partant doivent mériter une désignation particulière. C'est pour elles que nous voudrions voir employer le mot « phlébectasie » et réserver le mot « varices » pour ces dilatations qui laissent dans l'économie des traces ineffaçables de leur établissement.

L'histoire de la grossesse et de l'accouchement nous présente ces différences. Les phlébectasies sont plus communes que les varices *vraies* et celles-ci plus dangereuses que celles-là. Les varices peuvent être plus souvent causes d'accidents qui, pour

être rares, n'en sont pas moins redoutables. Les simples dilatations, en dehors du traumatisme, ne donnent lieu à aucun accident, ni à aucun danger; au contraire les autres, serpentines, ampullaires, etc..., plus exposées à être lésées, sont aussi plus susceptibles de déchirures spontanées, de ruptures de leurs parois altérées, et par conséquent peuvent être la source d'hémorrhagies abondantes.

Ces hémorrhagies sont d'autant plus à craindre que le vaisseau divisé reste béant, ne se rétracte pas, et que l'écoulement sanguin se fait par les deux bouts, mais surtout par le bout supérieur, ainsi que l'avaient remarqué Amussat, Lisfranc, Briquet et Murat.

En 1827, Amussat présenta, à l'Académie de médecine, une pièce pathologique, à l'appui de cette opinion. C'était une veine variqueuse d'un homme mort d'hémorrhagie, laquelle s'était produite dans ces conditions de béance du vaisseau et d'écoulement par le bout supérieur.

Legouest (*in Arch. méd.*, 1867) cite plusieurs observations de rupture spontanée des veines et ajoute : « Si ces cas ne « sont pas plus nombreux, c'est que les veines dont les tuni- « ques ne sont pas altérées se laissent dilater avant de se « rompre. » Mais Legouest ne cite que des observations d'hommes bien portant, de militaires dans la force de l'âge et n'ayant pas des veines préparées par le travail de la grossesse, et alors il faut un effort brusque, une contraction musculaire énergique, rapide, subite, qui amènent aussi une dilatation instantanée et inégale. C'est ce qui arriva dans une observation que l'on trouve dans le numéro 6 du *Répertoire médical*, de Londres; il y eut rupture de la veine iliaque pendant la *parturition.*

C'est encore le même mécanisme qui explique le cas, rapporté par Portal, d'une femme qui mourut subitement dans un bain froid, et à l'autopsie de laquelle on trouva une déchirure de la veine cave supérieure, au-dessus de l'oreillette droite; il y avait, ce qui s'explique du reste, un épanchement de sang considérable dans la poitrine.

Quand l'afflux sanguin est exagéré, il se fait aussi des rup-

tures par le même procédé, témoin le cas cité par Legouest, d'une rupture veineuse pendant une violente érection. Je n'aurais pas cité cette dernière observation, si on ne pouvait la rapprocher de la turgescence de l'appareil *utéro-ovarien* pendant la déhiscence de la vésicule de Graaf, et de ces ruptures vasculaires qui, selon bien des auteurs, sont la cause d'hématocèles périutérines.

Nous comparerions volontiers les dilatations veineuses avec les dilatations artérielles, et si celles-là pouvaient correspondre aux anévrysmes vrais, les varices proprement dites pourraient être mises en regard des anévrysmes faux consécutifs. Dans la première catégorie, pas d'altération des tuniques; simple distension, par pression excentrique, du sang contenu; dans la seconde, distension inégale, irrégulière, s'exerçant plus favorablement sur les points où les tuniques sont plus faibles, altérées et moins résistantes.

Nous avons sous les yeux deux préparations, l'une d'une veine saine et l'autre d'une veine variqueuse, où les différences entre le tissu morbide se retrouvent, telles que les ont mentionnées les auteurs et en particulier Cornil et Ranvier.

La préparation est une section en travers d'une saphène; on y voit :

Des cellules épithéliales, colorées en noir ou en brun; cette couche n'existe pas partout, à cause de l'altération de la tunique interne;

Des noyaux connectifs, cellulaires et musculaires colorés en rouge;

Des corps de ces cellules, colorés en jaune orange, des fibres élastiques en jaune, enfin des faisceaux connectifs en rose.

La ligne de démarcation entre la tunique interne et la tunique moyenne, sans être bien sensible, se voit assez bien : ce sont les plis longitudinaux de la veine faisant saillie dans la lumière dn vaisseau.

Naus n'avons pas pu montrer les lésions au niveau des valvules; ces valvules s'altèrent d'abord et disparaissent ensuite par un mécanisme et une modification du tissu qui méritent

d'être notés, mais que notre cadre ne nous permet pas de décrire.

Chez les femmes mortes de ruptures de varices, on trouve les mêmes lésions que chez celles qui meurent d'hémorrhagie d'autres causes, et en plus la déchirure du vaisseau qui se présente dans l'état que nous avons rappelé plus haut.

M. Valette, de Lyon, cite une observation d'une dame, ayant refusé la cautérisation, qui fut trouvée morte dans son lit et baignée dans son sang. Une hémorrhagie avait eu lieu pendant son sommeil.

Ce qui est arrivé dans le cas cité dans la *Clinique lyonnaise* pourrait se produire également pendant la grossesse, à la suite d'une rupture variqueuse, et l'on pourrait observer aussi, mais peut-être avec plus de fréquence, dans la période des suites de couches, l'accident redoutable connu sous le nom d'embolie.

M. Briquet (voir *Gazette des hôpitaux*, 1er mars 1862) en rapporte une observation très intéressante, mais en dehors de l'état puerpéral, on sait que l'on explique par l'embolie ces morts subites de l'état puerpéral au grand désespoir des essentialistes. La thrombose des vaisseaux pulmonaires n'est plus un doute pour personne.

Enfin, on pourra observer aussi dans les nécropsies de femmes variqueuses des phlébites qui auront déterminé la mort, et quelquefois au contraire ces phlébites devenant adhésives pourront amener la guérison spontanée de varices, chez les femmes enceintes, ainsi que M. Blot l'a observé et en a rapporté deux exemples dans une communication du 19 mai 1862, à la Société de chirurgie. Ces faits, quoique rares, doivent être enregistrés précieusement, car s'ils peuvent éclairer quelques points de l'histoire de la phlébite et de sa pathogénie, ils ne sont pas moins instructifs au point de vue particulier qui nous occupe ; en voici le résumé :

Les deux femmes qui font le sujet de ces observations sont toutes deux grandes, fortes et bien portantes; l'une est primipare, l'autre est multipare. Elles sont toutes deux parvenues

au septième mois de la grossesse, quand elles viennent à la clinique. Chez toutes deux, les paquets variqueux enflammés ont pour siège le jarret et la malléole interne. Chez l'une et chez l'autre, une rupture peu étendue de ces varices a eu lieu avant leur entrée à l'hôpital; à ce moment, voici ce qu'on peut constater :

Varices volumineuses dans les jarrets et sur la face interne de la jambe, droite surtout. Chez l'une, les veines qui répondent à la malléole interne sont très vivement enflammées; on sent plusieurs cordons durs avec rougeur et chaleur à la peau, qui est légèrement altérée en un point. Chez l'autre, c'est sur le côté interne du jarret qu'on trouve les mêmes phénomènes. Le traitement appliqué consiste uniquement en des cataplasmes sur les parties malades et l'élévation du membre tout entier au moyen d'un plan incliné. Chez la nommée P..., il existe en outre des varices du col de l'utérus que le toucher fait saigner, quelle que soit la douceur avec laquelle on le pratique. Quinze jours après l'entrée de P..., et trois semaines après celle de F..., les tumeurs variqueuses enflammées sont guéries et les veines qui les formaient ont disparu ; on n'en sent plus d'autre trace qu'une plaque dure, comme cicatricielle, au niveau de l'endroit où primitivement existaient les cordons noueux et saillants.

Les caillots qui s'étaient formés au niveau des points rupturés ont complètement disparu; une partie du sang s'est écoulée au dehors, comme on pouvait le voir sur les cataplasmes; une autre a été probablement résorbée, et un mois avant l'accouchement le calibre des veines enflammées a complètement disparu. Ces femmes, qui restèrent soumises à l'observation du médecin jusqu'après leur accouchement, sortirent bien portantes, l'une le 24, l'autre le 25 décembre 1880. Elles étaient entrées, l'une le 15 septembre, l'autre le 18.

Ainsi donc voilà deux cas de guérison de varices chez les femmes enceintes, par un processus, il est vrai, dangereux, et dans lesquels, même dans celui qui se compliquait de varice

utérine, il n'y a eu aucun accident pendant ou après l'accouchement. Ces faits sont aussi instructifs qu'intéressants.

Cette forme de phlébite est peut-être moins rare qu'on ne serait porté à le croire. On en trouve encore un exemple dans l'excellent ouvrage de M. Hervieux, si riche de faits, où nous voyons ces efforts de la nature en faveur du mode de guérison signalé plus haut, bien que dans ce dernier cas la malade ait succombé à une infection purulente; c'est l'observation LVIII, d'Hervieux, dont le titre est : Phlébite purulente de la veine ovarique droite et phlébite oblitérante des veines variqueuses du membre inférieur droit. — On y trouve ce passage : « Toutes les veines variqueuses superficielles du membre inférieur « droit, et toutes les veines profondes, à savoir : la crurale, la « poplitée, la tibiale postérieure, ainsi d'ailleurs que les veines « variqueuses contenues dans la grande lèvre droite, sont oblitérées par des concrétions sanguines noirâtres. La plupart « de ces vaisseaux, mais surtout les varices superficielles, ont « leurs parois déjà épaissies. Lorsqu'on les sectionne en travers, les orifices de section restent béants comme des artères; « ils ne s'affaissent pas ou très peu. Nulle part nous n'avons « trouvé de pus. Quelques veines de la grande lèvre droite « contenaient seules des concrétions fibrineuses décolorées. »

Nul doute qu'au milieu des lésions multiples, tenant à la pyohémie et constatées chez cette malade, il n'y eût dans les veines du membre inférieur droit,—le gauche était parfaitement sain, — un travail d'organisation adhésive semblable à celui que l'on constate dans les cas heureux qui se terminent par résolution.

D'autres fois, la terminaison de ces phlébites variqueuses peut être la suppuration. L'auteur que je viens de citer en rapporte une observation (XCI) *post partum*, dans laquelle il y a eu suppuration et destruction de toutes les veines variqueuses enflammées et pourtant la guérison fut obtenue. Mais toutes les observations du médecin de la Maternité se rapportent aux suites de couches et l'on sait que la purulence est l'apanage de cette période de l'état puerpéral, comme les accidents nerveux sont

celui de la grossesse. Les faits qu'il rapporte ne sont pas cependant sans valeur, au point de vue qui nous occupe et si, sur huit cas de phlébite puerpérale qu'il publie, il y a eu quatre guérisons, dont trois par résolution, on peut espérer qu'avant l'accouchement cette terminaison heureuse serait peut-être plus fréquente. Sur ces huit cas de phlébite, sept seulement s'étaient produits sur des veines variqueuses.

La fréquence des varices n'est pas très grande dans la grossesse si l'on met de côté les cas de simple dilatation veineuse, et il serait difficile de donner des chiffres à cet égard, car je soupçonne fort les médecins de ne pas signaler les cas qui ne donnent lieu à aucun accident de ce chef. En effet, dans un relevé de 14,000 cas, environ, de la maternité de Marseille, je n'ai pas trouvé mentionné une seule fois l'existence des varices. On peut cependant en tirer cette conclusion qu'elles ne donnent pas souvent lieu à des accidents qui, s'ils s'étaient produits, auraient été sans doute signalés. Les auteurs, d'ailleurs, s'étendent peu sur cette affection.

Ambroise Paré est le premier peut-être qui ait mentionné les varices qui viennent aux femmes grosses, mais il n'en dit pas bien long. Au siècle dernier, Mauriceau, 1721, dans son *Traité des maladies* des femmes grosses, signale la rupture des valvules qui facilite la stase du sang et la dilatation variqueuse. Pour lui, ce n'est que la compression des veines iliaques qui amène celle-ci, et il prend à témoin les grossesses doubles, dans lesquelles les jambes sont beaucoup plus enflées. Enflure n'est pourtant pas synonyme de varice : celle-là peut exister sans celle-ci ; l'œdème de l'albuminurie éclammatique en est un exemple.

En 1765, Rœderer dit que l'enflure et la douleur des pieds, aussi bien que les varices, rendent la contraction des muscles plus faible et plus lente. Il donne le conseil de comprimer ces varices, de peur qu'en s'ouvrant elles n'occasionnent une hémorrhagie dangereuse et souvent mortelle.

Astruc, 1770, traite plus longuement des incommodités propres à la grossesse et des moyens d'y remédier... « Enfin, dans

« les derniers mois.... les extrémités inférieures, et même la « vulve, deviennent œdémateuses; les jambes sont faibles, il se « forme des varices aux cuisses et aux jambes.......... la ma- « trice continuant de grossir, les obstacles qu'elle met à la « circulation du sang dans les parties inférieures augmentent « à proportion. Les veines iliaques qui rapportent le sang des « cuisses et des jambes, et le tronc de la veine correspondante « où ces veines se réunissent, sont comprimées par le volume « de la matrice, ce qui retarde le cours du sang des extrémités, « et donne lieu au gonflement des rameaux veineux où le sang « croupit, ce qui le rend variqueux sur la peau des cuisses et des « jambes où ils sont superficiels. » Telle est l'explication que donne Astruc de la génèse des varices, ce n'est peut-être pas du bien bon français, mais on doit lui tenir compte de l'intention.

Puis viennent les ouvrages de Ham, Richter (1781), *De gravidarum varicibus*, puis le traité d'Hamilton où il n'est pas fait mention de varices (1798).

Au commencement de ce siècle, 1816, Gardien consacre un chapitre aux varices. Il dit que c'est un accident assez commun surtout aux femmes qui portent l'enfant bas; surtout chez les femmes à chair molle, mais elles s'observent aussi chez les femmes robustes, qui restent longtemps debout, comme les blanchisseuses. Le plus souvent, c'est vers le 8e ou 9e mois qu'elles deviennent apparentes. Elles siégent le plus ordinairement sur la saphène fémoro-poplitée mais on en voit sur les grandes lèvres, le vagin et même sur le col de la matrice. Celles-ci sont très dangereuses.....

« La prèdisposition aux varices, qui se tire de la faiblesse « naturelle ou accidentelle des vaisseaux, est favorisée pendant « la grossesse, par la constipation opiniâtre et par la compres- « sion exercée par la matrice sur les veines iliaques. On peut « avec raison les regarder comme causes occasionnelles de la « dilatation des veines... à cause de la difficulté du retour du « sang... Quand il y a eu des varices dans les grossesses anté- « rieures, le plus petit obstacle les fait revenir dans les grosses-

« ses subséquentes; quelquefois même le ton des vaisseaux est « tellement affaibli que les veines restent variqueuses longtemps « après les couches. »

Voilà le premier auteur qui voit autre chose dans les développements des varices que la question mécanique et qui s'appesantit sur le sujet. Moreau (1841) dit que les varices sont fréquentes, dans les derniers temps de la grossesse; il conseille la compression et cite l'observation, que racontait souvent Dubois à sa clinique, d'une fille de cuisine de la Maternité, morte d'hémorrhagie pendant une grossesse. Il ajoute quelques mots importants... Elle cessa d'exister, n'offrant d'autres lésions que celle de la saphène externe.

Aujourd'hui, les traités modernes consacrent à peine vingt lignes aux accidents qui peuvent résulter des varices et signalent la fréquence de celles-ci à la fin de la grossesse. Je crois que de nouvelles recherches statistiques sont encore nécessaires pour élucider ce sujet de la fréquence des varices chez les femmes enceintes.

Les varices siègent indifféremment à droite et à gauche. J n'ai pas vu dans les cas que j'ai observés qu'il y ait eu une prédilection pour un membre plutôt que pour un autre, ni que la présentation ou la position du fœtus les ait développées à droite ou à gauche. Plus souvent les deux membres sont pris. Elles peuvent siéger au mollet et jusqu'au creux poplité seulement où se forme généralement une dilatation plus grande, qui constitue une tumeur mollasse, variable de grosseur, le plus souvent du volume d'une noix; ou bien monte jusqu'à la racine du membre et suit le trajet de la saphène interne jusqu'à son embouchure.

La partie antéro-interne du tiers inférieur de la jambe, la face postérieure du tiers supérieur et la partie interne de la cuisse, sont, après le tour des malléoles et la face dorsale du pied, les endroits où on les rencontre le plus souvent; et quand le membre tout entier en est couvert, c'est là qu'elles sont le plus marquées. Mais les tumeurs variqueuses semblent siéger de préférence dans les régions correspondantes à l'embouchure

des grosses veines superficielles au moment où elles plongent dans la veine profonde, soit entre les jumeaux pour la saphène externe, soit au triangle de Scarpa pour la saphène interne, cependant la région où se mettaient autrefois si souvent les cautères, c'est-à-dire la partie supérieure et interne de la jambe, présente souvent de petites tumeurs plutôt qu'aux autres parties du membre. La partie inférieure des parties abdominales, soit dans une moitié latérale correspondante au membre atteint, soit des deux côtés, en présente aussi souvent. L'Atlas d'anatomie pathologique de Cruveilhier en figure un exemple magnifique. Les varices peuvent encore se montrer dans la partie supérieure de l'abdomen ou au nombril, ou même sur les seins.

L'une des grandes lèvres ou les deux, la vulve, le capuchon du clitoris, les nymphes peuvent en être aussi sillonnés et elles donnent alors à la muqueuse une coloration particulière bien reconnaissable. Quelquefois l'œdème vulvaire cache les cordons variqueux, d'autrefois ils se manifestent sans gonflement étranger au vaisseau; alors celui-ci est très flexueux, violacé, et assez en relief pour être diagnostiqué par le simple toucher. Le vagin et même le museau de tanche,—j'en ai vu plusieurs cas dans le service des vénériennes de la Conception de Marseille,—peuvent encore en être le siège, mais quand les varices se montrent dans les organes génitaux, elles constituent en général une variété de l'affection spéciale fort importante, appelée thrombus et qui mérite une description à part.

L'utérus lui-même, le système tubo-ovarien, les gros troncs veineux iliaques, de même que leurs divisions, peuvent n'en pas être exempts.

A l'anus et au rectum ces varices s'appellent hémorrhoïdes : c'est une variété à part dont nous ne parlerons pas.

Les varices se montrent en général après le 3e mois, le plus souvent à partir du 5e au 6e mois (dans les 4 derniers mois, Jacquemier). Il est évident que la compression de l'utérus gravide déjà assez développé est la cause de ces dilatations vasculaires ; cependant il est des femmes chez lesquelles une

varice peut se montrer au début même de la grossesse, et pour quelques-unes c'est le premier symptôme qui les en avertit, preuve évidente que la compression ne peut à elle seule donner la clef de la pathogénie des varices. Il faut y joindre tout d'abord la modification du travail circulatoire dont l'économie est le théâtre dans cette période physiologique de la vie des femmes. Pour nous, nous croyons que, sans une disposition antérieure, la grossesse mécanique, c'est-à-dire la compression des vaisseaux intra-abdominaux, ne peut créer de toutes pièces ces flactuosités variqueuses, ces nodosités irrégulières, ces dilatations ampullaires, ces résaux en tête de Méduse, ces tumeurs vasculaires, quelle que soit la position du fœtus, plus ou moins favorable à cette compression, quelle que soit l'augmentation du volume du globe utérin.

Elle y entre bien pour sa part comme cause occasionnelle, mais elle n'est pas la cause primordiale. Il n'en est pas de même des causes générales et au premier rang de celles-ci nous placerons l'hérédité. Parmi toutes les femmes variqueuses que j'ai trouvées, depuis que mon attention est dirigée de ce côté, il n'y en a pas une seule qui n'ait eu une mère variqueuse, quelquefois j'ai pu remonter à l'aïeule, et quelquefois les sœurs ou les frères étaient aussi affectés.

Nous ne voyons là d'ailleurs rien qui soit exceptionnel, car la transmission des affections vasculaires est assez commune.

Après l'hérédité, je placerai les affections cardiaques. Je pourrais citer plusieurs femmes dont les membres inférieurs, couverts de varices tortueuses, présentent des affections graves de l'organe central. J'en ai observé deux cas chez deux nullipares, deux religieuses auxquelles je donne mes soins. Chez madame Lamy, une de mes malades (obs. VI), cette coïncidence ou plutôt cette dépendance est bien manifeste.

Dans un mémoire fait à un autre point de vue que le nôtre, M. Sistach, étudiant l'influence des races, sur le développement des varices, prétend, s'appuyant d'ailleurs sur des statistiques, que les Arabes y sont moins prédisposés que les Français. Je n'ai pu contrôler cette assertion, en ce qui regarde les

femmes, mais le hasard m'ayant donné l'occasion d'accoucher une mauresque primipare, je constatai qu'elle avait des varices vulvaires lesquelles d'ailleurs ne déterminèrent aucun accident. Il n'y aurait rien d'étonnant que ces femmes y fussent prédisposées, quand on réfléchit à leur genre d'existence, aux travaux auxquels elles sont soumises et au peu de soin quelles prennent de leur personne après les couches. Je dois avouer, il est vrai, que sous une autre latitude, où règne pourtant l'éléphantiasis, les varices seraient rares chez les femmes nègres, s'il faut en croire les recherches de Dazille (1792). Les primipares peuvent être affectées de varices des membres inférieurs et des organes génitaux, mais il faut constater que les grossesses antérieures et nombreuses facilitent leur développement chez les multipares. Les gestations répétées agissent en diminuant la résistance des tissus dont l'élasticité finit par être vaincue, et créent dès lors ces dilatations permanentes chez un sujet déjà prédisposé.

La profession peut encore influer, comme prédisposition individuelle, sur leur développement. Celle de blanchisseuse est surtout citée par les auteurs, et en général tous les métiers qui exigent de grands efforts, de grandes fatigues ou la station prolongée droite.

En 1827 (*Arch. de méd.*) Murat, disait, qu'il était souvent appelé, à cause du quartier qu'il habitait, par des blanchisseuses pour arrêter l'hémorrhagie de varices rompues. Il ajoute qu'en général la compression suffisait à arrêter l'écoulement de sang, mais qu'une fois il ne put arriver à temps pour sauver une malheureuse femme enceinte et qui succomba à la perte sanguine, avant qu'il ait pu lui porter secours.

Le sexe de l'enfant ne m'a pas paru avoir un influence manifeste ; cependant, dans le midi de la France, les femmes ont le préjugé que les filles prédisposent aux varicosités. Je cite l'observation suivante qui semblerait confirmer cette assertion, bien que, je me hâte de le dire, je la crois une simple coïncidence.

OBSERVATION I. — Mme Réo...., rue de Lodi, 46, âgée de 28 ans, tempérament lymphatique, mais n'ayant jamais été malade, a eu deux garçons d'abord (pas de varices); puis une fille (varices dans cette troisième grossesse). Aujourd'hui elle est grosse pour la quatrième fois et elle a des varices; aussi a-t-elle la conviction qu'elle aura encore une fille. Tout le membre inférieur droit, la grande lèvre droite, le bas-ventre présentent des varices nombreuses gonflées et violacées.... (février); elle est au cinquième mois. Elle a cependant vu en septembre, en octobre et en novembre, moins que d'habitude. Elle a senti remuer en décembre 1878. Elle a eu, par conséquent, pendant les trois premiers mois de petites hémorrhagies périodiques. Ces jours-ci, elle a eu une perte de sang très abondante par le rectum; quoiqu'elle n'ait pas d'hémorrhoïdes apparentes, elle doit avoir sous la muqueuse intestinale des dilatations variqueuses.

Sa mère a eu 6 filles et 3 garçons, pour les six grossesses des filles, elle a eu des varices, et, point pour celles des garçons, bien que ceux-ci ne soient pas les aînés. Du reste, pas d'accidents. Sa grand' mère, qui vit encore, a eu aussi plusieurs filles et des varices pendant ces grossesses.

Sa belle-sœur (qui n'est pas comprise dans la filiation héréditaire) a eu deux grosseses : un garçon, pas de varices; une fille, varices.

OBSERVATION II. — Mme B....., rue Sylvabelle, a 78 ans; elle est variqueuse, ce qui la gêne beaucoup; car, atteinte de suffocation, elle ne peut prendre de pédiluves chauds, ni mêmes tièdes, sans voir gonfler ses veines; elle ne peut non plus s'appliquer des sinapismes sur les membres inférieurs. Cette dame a eu deux filles et pas de varices, ni ses petites filles, dont l'une a cependant six enfants.

J'ai cité cette observation pour combattre l'opinion classique que les varices disparaissaient avec l'âge. Je ne crois pas, en effet, que la vieillesse les guérisse.

Certainement, les vieillards, les vieilles femmes fatiguent moins que les adultes, font moins d'efforts, partant ils suppriment une cause de dilatation; mais, s'il est vrai qu'il ne se forme pas d'athéromes comme dans les artères, par le progrès seul de l'âge, du moins les varices persistent-elles jusqu'à un âge très avancé. Encore on a signalé des phlébolites, dans les

cavités ampullaires des veines variqueuses. J'accorde qu'en s'éloignant de l'époque de la grossesse, les varices se modifient avantageusement, mais ce n'est point seulement chez les sexagénaires que l'on observe cette heureuse transformation.

La position du fœtus influe-t-elle sur le développement des varices?

Voilà une question importante et pourtant elle est loin d'être résolue. Je n'ai pas observé, dans les nombreux cas d'accouchements que j'ai vus, ni dans les nombreuses observations que j'ai compulsées, que l'influence de la position ou de la présentation du fœtus se fût fait sentir d'une manière évidente. Sans doute, Levret (1762), dans un chapitre de la discussion sur le forceps, avait déjà dit que, quand la tête est enclouée, il se forme une tumeur spongiense et sanguine aux grandes lèvres. Mais ces cas sont heureusement fort rares et, dans quelques observations publiées, je n'ai pas vu noté ce phénomène particulier, et moins encore pour les membres inférieurs. On ne s'en étonnera pas si l'on songe aux nombreuses anastomoses qui peuvent rétablir la circulation veineuse dans les membres abdominaux et les parties basses. Je crois, cependant, que cet enclavement de la tête pourrait favoriser la dilatation variqueuse chez un sujet prédisposé. Pareillement dans les présentations de l'épaule, ainsi que le prouve l'observation de Dijon (in *Arch. Méd.*, 1832). Mais ici il existait déjà des veines dilatées anormalement que l'enclavement de l'enfant fit rompre. Si donc les femmes sont variqueuses, l'enclavement d'une partie fœtale pourra en amener la rupture, cela n'est pas douteux, mais quant à produire des varices, surtout des varices aux membres inférieurs, le fait n'est pas prouvé. Autre serait mon raisonnement s'il s'agissait de thrombus vulvaires et surtout de la forme particulière qu'il affecte dans les faits mis en lumière par Montgomery.

Les positions inclinées du vertex, qui nécessitent l'application du forceps, ne sont pas plus souvent compliquées de varices que les autres, si l'on en croit M[me] Lachapelle, ou plutôt les observations publiées dans ses Mémoires. J'en dirai autant du

volume de la tête et je pourrais citer entre autres (on n'a que l'embarras du choix), et pour ne pas sortir de la pratique de la célèbre accoucheuse, l'observation LXXXI du tome I, où la version, facile à exécuter, fut retardée dans l'extraction de la tête, à cause de son volume exagéré, et si longtemps que l'enfant ne survécut pas à l'extraction. Il pesait 9 livres. Il n'est fait aucunement mention de varices. J'en dirai autant des cas d'hydrocéphalie fœtale, des cas de rétrécissement du bassin. Ou on n'a pas tenu compte des varices, ou elles n'existaient pas. Dans Mauriceau est l'histoire d'une *Nine* (*sic*) qui n'avait que deux pieds de haut : elle n'était pas variqueuse.

S'il est vrai, comme on l'a dit avec quelque fondement, que les enfants du sexe masculin soient plus gros et s'il était vrai que le volume du fœtus influât sur le développement des varices, celles-ci devraient se montrer plus souvent dans les grossesses de garçons que dans les autres, ce qui n'est pas démontré ; elles devraient aussi être plus fréquentes dans les grossesses doubles, ce qui n'est pas prouvé non plus.

Les grossesses gémellaires, je l'ai déjà dit, ont été notées par les auteurs comme capables de développer les varices. Il est rationnel de penser que plus l'obstacle à la circulation sera considérable et plus la dilatation vasculaire aura de chance de se produire. Poutant, peut-être, a-t-on admis ces faits un peu *a priori* et sur la parole des premiers maîtres qui en font une loi à peu près constante et un élément important de diagnostic des grossesses doubles. La généralisation, en tous cas, trouverait de nombreuses exceptions, et j'ai eu la bonne fortune de faire, depuis trois ans, cinq accouchements gémellaires et un trigémellaire ; dans aucun cas, je n'ai observé de varices.

Le ventre de ces femmes était très développé, il est vrai ; elles ont accouché toutes avant terme, mais d'enfants vivants et viables, et, dans tous les cas, le diagnostic fut exact, excepté pour la tripare, où nous crûmes à deux fœtus.

Probablement, nous n'étions pas tombés sur des sujets prédisposés. Dans les observations d'Hervieux, je relève quatre accouchements gémellaires sans mention de varices, et, dans

celle de Mauriceau, lui-même, qui, d'après M. Depaul, était un observateur rigoureux et qui avait le premier signalé leur existence, je cherche en vain ces varices.

En effet, les observations de Mauriceau sont au nombre de 17 grossesses, dont : 1 trigémellaire, 15 gémellaires, et 1 gémellaire pour la seconde fois. Pour ces femmes, partout il est fait mention du développement du ventre, de l'enflure des grandes lèvres, des cuisses, de l'incommodité qui en résultait, mais jamais d'accidents dus aux varices, jamais même le mot varices, jamais d'expressions qui les rappelle. Au contraire, l'infiltration œdémateuse des membres inférieurs et des organes génitaux externes est expliquée par la compression des troncs veineux intra-pelviens, amenant la stase du sang et la transsudation de sa sérosité.

On pourra s'en convaincre en lisant les observations (159-165-166-212-234-278-325-12), et enfin l'observation 537 d'une tripare, et encore les observations 1-31-31 *bis*, 65-86-100-112-123, où il n'est même pas parlé d'enflure.

Au reste, cette infiltration a été remarquée et soulignée par le professeur Depaul, dans sa clinique. Cet accoucheur parle aussi de l'attention que l'on doit donner aux varices des organes génitaux, au point de vue du pronostic et des manœuvres opératoires, mais sans en déterminer ni la fréquence, ni l'importance, au point de vue du diagnostic.

Il est vrai que, grâce à ses efforts, on a des éléments bien plus précis aujourd'hui.

En somme, nous admettons que l'obstacle au cours du sang peut créer des dilatations temporaires, peut amener de l'œdème, mais est aussi impuissant à créer des varices chez un sujet non prédisposé que l'irritation vasculaire sera impuissante à créer un éléphantiasis des Arabes, par exemple.

Si l'on appelle éléphantiasis l'hypertrophie simple de tous les tissus du membre inférieur et l'augmentation de volume qui en résulte, on se ferait une fausse idée de ce qu'est le véritable éléphantiasis des Arabes, tout comme on se ferait une fausse idée des varices véritables, si l'on n'envisageait qu'une

dilatation vasculaire, due à la gêne de la circulation et disparaissant avec elle. En un mot, il faut, pour l'établissement des varices définitives, une prédisposition que des esprits très sages, et en particulier M. Jacquemier, ont proposé d'appeler : diathèse variqueuse. Cette diathèse variqueuse expliquerait pourquoi les mêmes causes obstétricales sont suivies d'effets différents.

Y-a-t-il des varices profondes dans la grossesse? Si l'on en croit M. Verneuil, celles-ci précèdent toujours les varices superficielles et en sont la cause la plus immédiate. Cet éminent professeur a démontré, par des pièces anatomiques, l'existence, incontestée aujourd'hui, de varices profondes et leur coïncidence avec les superficielles.

Ce lien intime qu'établit cette dépendance, qu'explique la circnlation anastomotique des deux ordres de vaisseaux, ne devait pas échapper à son esprit généralisateur. Aussi, comparant ce qui se passait dans les membres inférieurs variqueux avec ce que l'on voit dans les cas de compression de la veine cave ascendante ou de la veine porte, a-t-il posé en principe que les varices superficielles n'étaient que l'expression apparente d'une circulation profonde, languissante et compromise dans les vaisseaux altérés. Il faudrait pour juger la question, en ce qui touche à notre sujet, des autopsies de femmes enceintes, variqueuses depuis l'époque de leur grossesse. Celles de Béhier, au nombre de six, sont silencieuses à cet égard ; j'en dirai autant de celles déjà citées d'Hervieux, bien que ces autopsies faites après les couches soient très complètes au point de vue de la lésion puerpérale.

Tout en tenant compte de l'importance de la découverte du professeur Verneuil, nous oserons rappeler l'observation de M. Aubert, chef de clinique, de M. Vallette, de Lyon, et attirer l'attention sur la pièce anatomique qu'il a préparée. Sur un sujet très manifestement variqueux il n'existait pas de varices profondes. Sans doute, cette observation unique peut être une exception, mais il suffit d'un fait aussi bien établi pour conclure au moins que la loi du chirurgien de Paris n'est pas con-

stante ; et s'il m'était permis de dire toute ma pensée, moins constante peut-être encore pendant la grossesse que dans tout autre état. La compression ici se fait lentement, elle donne le temps aux nombreuses anastomoses qui réunissent les veines profondes aux superficielles, de suppléer les fonctions des grands vaisseaux, en multipliant les courants dans les branches secondaires. Cette multiplication d'anastomoses est, en effet, très remarquable, et spéciale au membre inférieur. Tout y est disposé pour faciliter cette circulation, pour équilibrer la tension vasculaire, soit par la disposition en réseau des veines superficielles, ou la communication des veines profondes entre elles, soit par les anastomoses des troncs superficiels avec les profonds, soit enfin par les canaux de sûreté, décrits par M. Verneuil lui-même, qui mettent en communication deux segments de la même veine et équilibrent la tension des vaisseaux. Ajoutons l'activité circulatoire, plus grande dans cette période physiologique, et nous concevrons peut-être plus facilement que les dilatations veineuses pathologiques sont moins encore sous l'influence de l'obstacle mécanique que sous l'influence d'une cause générale. Elles peuvent, dès lors, se montrer exclusivement sur les vaisseaux superficiels, moins contenus et plus exposés à la distension que les troncs profonds. M. Sucquet, dans ses recherches sur la circulation périphérique, a démontré, en certains points de l'économie, l'inosculation des artérioles avec les veinules, et établissant une circulation dérivative fort utile, surajoutée pour ainsi dire à la circulation capillaire et parallèle à cette dernière. Ces travaux ont reçu la sanction de Nélaton dans l'article Artère du dictionnaire de Jaccoud; mais il est juste de dire que bien longtemps avant 1836, Pigeaux avait placé la source des varices dans les communications normales des veines avec les artères et dans l'impulsion trop énergique propagée au tronc veineux. (Dict. en 15 vol.) Cette thèse paraît trop exclusive.

Si je voulais entrer plus avant dans la pathogénie des varices, à l'exemple de M. Le Dentu (1868), je la rapporterais à trois chefs : insuffisance valvulaire, tension plus grande, dimi-

nution de vitesse, provenant de la suractivité circulatoire et amenant une congestion prolongée, ce que nos pères appelaient l'irritation des vaisseaux. C'est à cette irritation des vaisseaux, bien plus qu'à la distension, que Bégin attribuait les modifications de texture des tuniques des veines et la perte du ressort de ces vaisseaux, à l'excitation sanguine trop vive avec surcroît d'actions des capillaires, d'où proviennent ces veines affectées.

Quelle est l'action du système nerveux sur la dilatation variqueuse? Évidemment la même que sur tout le système circulatoire. Sans vouloir entrer ici dans les discussions des nerfs *vaso-moteurs*, nous pensons que la stase capillaire facilite la phlébectasie des petits rameaux veineux, et nous rappellerons que le professeur Verneuil avait déjà établi que les varices commencent toujours par les branches secondaires et non par les gros troncs. — Les saphènes ne se prennent que postérieurement; aussi, est-il plus commun de voir de petites varices, zébrant la peau, par leur réseau injecté, que de trouver des dilatations ampullaires des gros troncs. Celles-ci disparaissent plusieurs fois après chaque grossesse, avant de se montrer définitivement; celles-là sont établies d'emblée à la première cause occasionnelle. En définitive, nous admettons des causes déterminantes et des causes générales; et nous faisons une distinction entre les varices liées à des conditions locales, propres aux régions et aux tissus que les veines traversent et celles qui sont liées à un état constitutionnel. Disons-le tout de suite, cette distinction a une grande portée thérapeutique : les premières doivent être soignées, on doit en tenter la guérison, soit en supprimant l'obstacle, soit en agissant directement sur les vaisseaux mobiles; dans le second cas, au contraire, il faut les respecter ou ne diriger contre elles qu'un traitement palliatif.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

762

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Histologie de la glande vulvo-vaginale, par M. de Sinéty. — On se figure généralement avec Huguier que la glande de Barthölin forme un organe limité, entouré d'une enveloppe fibreuse, et pour ainsi dire d'un seul morceau. Les recherches histologiques de M. de Sinéty rectifient cette conception anatomique.

Au moyen de coupes comprenant toute la hauteur de la glande et des tissus voisins, cet observateur a constaté qu'elle est diffuse et composée d'un grand nombre de grains glandulaires, disséminés sans ordre régulier, et souvent séparés les uns des autres par du tissu conjonctif et des faisceaux de muscles striés. Tous ces petits lobules isolés s'ouvrent directement en s'échelonnant dans le grand canal excréteur, tandis que les lobes principaux aboutissent par l'intermédiaire de sinus et de canaux secondaires au canal commun.

Cette disposition anatomique explique la multiplicité et la ténacité de certains kystes et des fistules de cette région, malgré des opérations en apparence radicales.

Recherches sur la muqueuse utérine pendant la menstruation, par le Dr de Sinéty. — Malgré les travaux de Robin, on n'est pas encore exactement fixé sur l'élimination physiologique de la muqueuse utérine pendant l'époque menstruelle. Les uns, avec M. Williams, en Angleterre, admettent la desquamation totale, tandis que d'autres, avec MM. Kundraht et Léopold, ont tenté de démontrer que les parties superficielles s'éliminent seules par lambeaux, et qu'il reste toujours une certaine épaisseur de muqueuse et de glandes pour protéger la couche musculaire.

En 1880, un gynécologiste allemand, peu scrupuleux, s'est permis, sur une femme vivante et bien portante, de racler, au moyen de la curette, des lambeaux de muqueuse utérine, avant, pendant et après les règles ; et il a constaté qu'à ces diverses périodes les portions de muqueuse étaient constamment revêtues de leur épithélium cylindrique à cils vibratils. L'histoire ne rapporte pas si cette brutalité scien-

tifique a été acceptée avec connaissance de cause par la patiente, ni comment s'est terminée la métrite interne qui a dû s'en suivre. Ce sont, paraît-il, choses accessoires et indifférentes pour les observateurs d'outre-Rhin.

D'après ce fait, une troisième opinion semblerait devoir s'accréditer, à savoir qu'aucune élimination appréciable de la muqueuse utérine, soit profonde, soit superficielle, ne se produit pendant les règles.

Les recherches de M. de Sinéty, à coup sûr plus humaines et non moins exactes, semblent confirmer ce dernier résultat. Il a eu l'occasion, dans un de nos derniers hivers si rigoureux, d'examiner des utérus dans des conditions de conservation parfaite, et provenant de femmes ayant succombé à différentes périodes de leurs règles. Le revêtement épithélial a toujours été trouvé complet, et aucune desquamation n'a été constatée

Enfin, chez plusieurs femmes, à diverses périodes, il a recueilli dans de l'alcool au tiers, suivant la méthode de M. Ranvier, les liquides s'écoulant de l'orifice utérin. Les éléments figurés, précipités au fond du vase, ont pu être examinés au microscope un très grand nombre de fois, et, en aucun cas, il ne s'est rencontré, soit des lambeaux membraneux revêtus d'épithélium cylindrique, soit, à l'état d'isolement, des cellules d'épithélium cylindrique à cils vibratils intacts. Au contraire, des globules blancs, des éléments embryonnaires, des cellules pavimenteuses, des globules rouges altérés, ou rarement intacts, des cylindres muqueux, avec quelques éléments embryonnaires rappelant la forme des glandes en tube, enfin du mucus et de la fibrine, ont été trouvés en plus ou moins grande abondance, mais rien de plus qui permette d'admettre une desquamation même superficielle de toute l'étendue du revêtement interne du corps utérin.

M. de Sinéty conclut de ces faits que, chez la femme à l'état normal, la muqueuse utérine ne s'élimine pas, même superficiellement, et que les faits contradictoires résultent de ce que les observations ont porté sur des utérus ayant subi déjà des modifications cadavériques.

Cette conclusion, dont la certitude est dès lors indiscutable, entraîne avec elle des conséquences non moins importantes, et qui n'ont pas été indiquées par M. de Sinéty. Il est évident, tout d'abord, que le sang menstruel ne peut pas sortir, sans les entraîner, entre les cellules d'un revêtement épithelial qui demeure intact, et que, par suite,

les canaux glandulaires constituent désormais sa seule porte de sortie. De ce fait, la théorie de la rupture des capillaires superficiels de la muqueuse utérine est ruinée, et une nouvelle théorie s'impose, basée sur l'exhalation sanguine intra-glandulaire. A l'appui de cette idée, on peut citer la leucorrhée transitoire de certaines femmes, avant et après l'époque menstruelle. Enfin, la physiologie des glandes de sécrétion, basée sur la fonte muqueuse des cellules épithéliales cylindriques, permet d'admettre, dans l'hyperémie menstruelle, une dénudation complète de la paroi interne des glandes, la libre ouverture des espaces lymphatiques à ce niveau, et par suite une diapédèse abondante des vaisseaux capillaires voisins en état de dilatation.

Si cette fonte épithéliale intra-glandulaire est réelle, M. de Sinéty a dû trouver, sur ses utérus si bien conservés par le froid, des modifications glandulaires correspondant à diverses périodes menstruelles ; et surtout il a dû rencontrer, après la fin des règles. une couche nouvelle de cellules épithéliales cylindriques embryonnaires, tapissant la paroi interne des glandes. C'est un fait qu'il serait intéressant de connaître.

(*Séances des* 31 *juillet* 1880 *et mars* 1881.) Dr E. HOTTENIER.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Des hémorrhagies chez le nouveau-né. par le Dr Alban RIBEMONT. — Paris, O. Doin, libraire-éditeur

Sous ce titre, notre honoré confrère étudie les écoulements sanguins qui se produisent à partir du moment de la naissance jusqu'au quinzième ou vingtième jour de la vie extérieure. Ceux dont on trouve les traces chez le nouveau-né, mais dont l'origine remonte à la vie intra-utérine, ou qui se sont déclarés pendant le travail et sous son influence ne rentrent pas dans le sujet. Donc, il n'est pas question dans cette thèse fort intéressante des hémorrhagies dues à la déchirure d'un cordon trop court, lorsque cette rupture se fait, le fœtus étant entièrement ou en partie contenu dans la cavité utérine. Le céphalomatome est également éliminé, de même que les hémorrha-

gies intra-crâniennes succédant à un accouchement naturel difficile ou à une extraction. Ainsi limité, le sujet comprend toutes les hémorrhagies des quinze ou vingt premiers jours de la vie extérieure, que le sang sorti des vaisseaux apparaisse immédiatement ou non à l'extérieur, ou bien qu'il s'épanche dans les grandes cavités du corps ou dans les organes que celles-ci renferment.

Dans une première partie, l'auteur étudie les hémorrhagies spontanées, dans une seconde, les hémorrhagies traumatiques. La description de celle-ci est naturellement fort écoutée. L'auteur consacre aux autres la plus notable part de son travail et le divise en deux classes suivant que l'hémorrhagie n'est qu'un accident local, ou qu'elle est la conséquence d'un état général grave.

Première classe. — Hémorrhagies indépendantes d'un état général de l'organisme. Elles surviennent toutes peu après la naissance ; d'habitude, elles disparaissent facilement. Elles ne récidivent pas. Elles ne sont pas accompagnées d'autres hémorrhagies. Elles se font, par l'ombilic, par le tube digestif, par la vulve.

Hémorrhagie ombilicale. L'auteur considérant qu'il y a étroite relation entre cet accident et les modifications circulatoires causées par l'établissement des fonctions nouvelles du nouveau-né, donne un résumé des intéressantes recherches qu'il a faites sur la tension du sang chez le fœtus et le nouveau-né, et des expériences qui sont venues confirmer l'explication donnée par M. Budin, à savoir que la pénétration du sang placentaire dans l'arbre circulatoire du nouveau-né, lorsqu'on lie tardivement le cordon, est due à l'aspiration thoracique, et que la tension du sang reste chez le nouveau-né égale à ce qu'elle était chez le fœtus lorsqu'on ne fait pas la ligature immédiate. Tantôt c'est au moment même de la naissance qu'une hémorrhagie se déclare, succédant à l'arrachement du cordon, à l'omission ou à l'insuffisance de ligature, tantôt l'enfant est déjà revêtu de ses vêtements. Une anémie rapide doit toujours faire soupçonner une hémorrhagie grave. Une hémorrhagie pourrait passer inaperçue pendant qu'on pratique l'insufflation sur un enfant né en état de mort apparente, la pâleur du visage pouvant être attribuée à l'insuccès des tentatives

Chez tout nouveau-né on doit instituer contre l'hémorrhagie ombilicale un traitement préventif. Ce traitement consiste, comme on sait, dans une ligature. Tarnier recommande de serrer le lien lentement et progressivement. De cette façon, la gélatine fuit peu à peu

sous le fil, et l'on ne coupe pas le cordon. Suivant le même auteur, le meilleur procédé pour lier solidement un cordon gras est le suivant. On se sert pour la ligature d'un fil élastique, et au point où on veut la faire, on applique sur le cordon, et parallèlement à sa longueur, le bois d'une allumette. On comprend alors dans la ligature le cordon et l'allumette. Cette dernière maintient le cordon rigide, et, de plus, sa surface n'étant point glissante, le fil élastique reste fixé sur elle et n'a aucune tendance à s'échapper. Lorsque le nœud a été fait, on prend entre le pouce et l'index les deux bouts de l'allumette : en exerçant une pression sur le centre avec le pouce, on la brise en son milieu ; il suffit alors de tirer doucement pour dégager chacun des morceaux de bois de dessous le caoutchouc, et la ligature élastique est définitivement fixée sur le cordon.

Lorsque l'hémorrhagie s'est produite, la première chose à faire est, tout en arrêtant l'écoulement soit par une ligature, soit par la compression, si le cordon a été arraché trop près de l'ombilic, *de faire respirer largement l'enfant* et de calmer, s'il y a lieu, ses cris. L'enfant dès que l'hémorrhagie sera arrêtée au moyen d'agaric, de poudres astringentes, de perchlorure de fer ou s'il est nécessaire d'une suture, sera entouré d'ouate et de linges chauds. On surveillera la respiration. Il faut qu'elle soit parfaitement libre.

Hémorrhagies du tube digestif. De même que les précédentes, elles sont déterminées le plus souvent par une gêne de la respiration Rindfleisch fait jouer un rôle important dans la production de la congestion gastro-intestinale aux coutractions péristaltiques de l'intestin. Les veines des muqueuses stomacales et intestinales étant plus étroitement emprisonnées que les artères dans les fibres de la tunique musculaire, l'afflux du sang se fait encore aisément lorsque celle-ci se contracte dans l'acte mécanique de la digestion, mais son reflux par les veines est entravé. Il n'est donc peut-être pas sans inconvénient de gorger les enfants d'aliments dès leur naissance. On a trouvé des ulcérations de la muqueuse, par lesquelles l'hémorrhagie selon toute vraisemblance s'était faite. Léopold Landau a essayé de démontrer que ces ulcérations étaient le résultat d'une circulation et d'une respiration défectueuse *post partum*. Si la respiration tarde à s'établir, le sang de la veine ombilicale, *n'étant pas aspiré*, stagne et se coagule (le thrombus soi-disant physiologique de la veine ombilicale est exceptionnel). Plus tard une partie du caillot se détache et arrive dans le cœur droit, qui le lance par le canal artériel dans l'aorte, si l'on ad-

met que la circulation pulmonaire se fait imparfaitement. De là il s'engage dans la mésentérique supérieure. Landau pense que l'obstruction d'une artériole de la muqueuse entraîne pour une certaine zone de cette muqueuse des conditions de vitalité insuffisante. Alors le suc gastrique attaque cette zone, et l'ulcère se produit. Quelle que soit la valeur de l'explication, le fait anatomo-pathologique est certain.

Lorsque l'hémorrhagie est abondante, elle se révèle par les symptômes généraux ordinaires : pâleur brusque, décoloration de la muqueuse, faiblesse profonde, accidents nerveux, tremblement, respiration spasmodiqne, refroidissement, pouls insaisissable, impossibilité de crier. De toutes les causes d'erreur de diagnostic, la plus fréquente est la suivante : l'enfant tette au mamelon excorié et boit du sang mêlé avec du lait, puis il vomit le sang et on croit à une hémorrhagie.

Hémorrhagie des organes génitaux. On ne les observe que sur les filles. Elles ne sont pas rares. Peut-être y a-t-il relation entre ces hémorrhagies et la poussée qui se fait à cet âge du côté des ovaires et des mamelles. Le pronostic est toujours favorable.

Deuxième classe. — Hémorrhagie causée par un état général grave. Les plus fréquentes sont les hémorrhagies ombilicales ou omphalorrhagies. L'émophilie est une de ses causes; mais ce n'est pas la plus commune. Minot, Grandidier, et la plupart des auteurs allemands ont nettement distingué et séparé les hémorrhagies dues à l'hémophilie de celles qui résultent de causes variées, mais aboutissant à une sorte de diathèse hémorrhagique qui paraît passagère, transitoire.

Les symptômes qui accompagnent l'une et l'autre variété ne sont pas les mêmes. L'ictère est fréquent dans la diathèse hémorrhagique transitoire ; il est très rare au contraire dans l'hémophilie.

La pathogénie des omphalorrhagies est encore très obscure. La syphilis y prédisposerait, suivant certains auteurs ; mais cela n'est nullement démontré. L'abondance, la couleur du sang, le point d'où il s'échappe, le mode de l'écoulement, sa marche, sa durée sont très variables. Le pronostic est en général très grave.

On peut diviser les traitements en traitement curatif et prophylactique. Pour ce qui concerne le premier, de tous ceux qui ont été employés, le meilleur est la compression employée de façons diverses. Si elle ne réussit pas, on emploiera le procédé de la ligature en masse préconisé par Dubois. Le traitement prophylactique se borne à une surveillance de tous les instants lorsqu'on a des rai-

sons de craindre l'omphalorrhagie, et à donner des reconstituants aux femmes enceintes qui ont déjà mis au monde des enfants atteints d'accidents hémorrhagiques.

L'omphalorrhagie est fréquemment accompagnée d'autres hémorrhagies se faisant par diverses voies, intestinales, gastriques, buccales, vésicales, etc. Le Dr Ribemont rapporte quelques observations qui montrent ces accidents sous leurs différents aspects.

Dans l'athrepsie aiguë, les hémorrhagies ne sont pas rares. La congestion passive du système veineux aboutit à des ruptures vasculaires, surtout dans les viscères pourvus de vaisseaux embryonnaires, comme les méninges et les capsules surrénales. Souvent le cours du sang est empêché par un thrombus occupant un gros tronc veineux, et, chose curieuse, tandis que chez l'adulte les veines des membres sont celles où se forment de préférence les coagulations, chez l'enfant les veines des viscères sont ordinairement le siège de la thrombose.

La louable étude du Dr Ribemont se termine par quelques curieuses observations d'hémorrhagies traumatiques.

Des varices chez la femme enceinte, par le Dr Budin. — Paris, O. Doin, libraire-éditeur.

Comme les dilatations veineuses peuvent être rencontrées dans diverses parties du corps, comme leurs caractères particuliers varient suivant la place qu'elles occupent, l'auteur de ce consciencieux travail étudie successivement :

1° Les varices des membres inférieurs ;

2° Les varices des organes génitaux internes et externes ;

3° Les varices de l'anus et du rectum ;

4° Les varices de l'urèthre et de la vessie ;

5° Les varices du tronc.

En ce qui concerne la fréquence des varices, le Dr Budin a trouvé qu'en moyenne, dans le milieu spécial où il observait, une femme enceinte sur trois en était atteinte. Elles sont très-habituelles aux membres inférieurs. Les varices des organes génitaux externes sont beaucoup plus rares ; quant aux hémorrhoïdes, elles sont également peu fréquentes et toujours indépendantes des varices des membres

inférieurs, tandis que les varices des organes génitaux ne se rencontrent guère que chez des femmes dont les membres inférieurs sont variqueux.

C'est à l'âge de 22 ou 23 ans qu'on trouve le chiffre le plus considérable de femmes atteintes de varices. Les multipares y sont plus exposées. La profession a, comme on sait, une influence marquée sur leur apparition. La compression exercée par l'utérus n'a pas d'action considérable. De nouvelles recherches sont nécessaires pour savoir s'il y a relation de cause à effet entre les maladies du cœur ou les affections thoraciques et les varices.

La compression au moyen de bas élastiques est généralement conseillée et employée contre les varices des membres inférieurs. Il faut savoir que P. Dubois la considérait comme dangereuse et que M. Depaul a vu de petites hémorrhagies utérines et des hémorrhagies pulmonaires se déclarer par l'usage des bas élastiques et disparaître en cessant de les porter. Chaussier a connu une femme qui était avertie de sa grossesse par l'apparition vers le deuxième mois de varices aux jambes et qui se faisait avorter promptement chaque fois avec un bandage roulé.

Cependant, ces faits étant exceptionnels, on fait bien d'avoir recours à la compression, quitte à l'abandonner si une menace d'avortement survenait. Les varices de la vulve et du vagin, en général très superficielles, exposent surtout la femme aux accidents hémorrhagiques, et ces hémorrhagies sont graves, puisque sur 9 cas que le Dr Budin a pu réunir, 8 fois la femme a succombé rapidement.

Le Dr Budin rappelle que, en 1876, d'après des observations faites à la Maternité, il a indiqué un signe qui peut mettre sur la voie du diagnostic des hémorrhagies vaginales causées par la rupture d'une varice survenant au moment de l'expulsion du fœtus. L'apparition d'une large tache de sang s'étendant sur l'épaule et sur le tronc du fœtus doit faire craindre la rupture d'un vaisseau du vagin.

Sur 61 cas de thrombus réunis par l'auteur, 8 fois seulement les varices de la vulve et du vagin sont manifestement indiqués. Il est donc probable qu'il n'y a pas étroite relation entre la dilatation variqueuse et le thrombus. Si les varices des organes génitaux déterminent de la gêne, le repos au lit sera conseillé, et, dit M. Tarnier, les malades seront presque toujours soulagées par une compression douce faite au moyen d'un bandage en T.

Il est prudent d'administrer le chloroforme pendant la période d'expulsion, de façon à empêcher tout effort.

Peu, Murray, et d'autres auteurs peu nombreux, ont rapporté des faits qui semblent démontrer l'existence de varices du col de l'utérus.

Chaussier a rapporté un cas de rupture des varices du ligament large, et M. Sappey a observé deux fois les varices du ligament rond, signalées du reste depuis longtemps.

Selon Fordyce Barker, l'aloès, généralement déconseillé aux hémorrhoïdaires, est le purgatif par excellence, infiniment préférable à tout autre, en particulier à l'huile de ricin. S'il est nésessaire, la dilatation forcée sera employée contre les hémorrhoïdes.

M. Budin, en terminant son intéressante étude, cite trois observations de varices de l'urèthre, des seins et de la région fessière.

De l'influence réciproque de la grossesse et des maladies du cœur, par le Dr PORAK. — Paris, Germer Baillière, libraire-éditeur.

La question que notre distingué confrère avait à étudier est née d'hier et elle est déjà encombrée par les matériaux accumulés ; on peut s'en rendre compte, comme il le dit lui-même, en jetant un coup d'œil sur la bibliographie placée à la fin de son travail. Les observations, fort nombreuses, ne sont pas toutes entourées des garanties nécessaires. Le diagnostic laisse souvent à désirer. On sait combien ce diagnostic est quelquefois difficile. Le Dr Porak a choisi celles d'entre elles que l'autorité du signataire entourait de plus de garanties et a éliminé les autres.

Après avoir présenté quelques considérations sur les modifications de la circulation pendant la grossesse dans ses rapports avec les maladies du cœur, M. Porak passe à l'étude de l'influence de la grossesse sur les lésions :

I. — Du *péricarde.*
II. — Du *myocarde.*
III. — De *l'endocarde.*

L'hypertrophie permanente, — consécutive à la grossesse, — est très rare. L'opinion de Larcher, qui accordait à l'hypertrophie passagère du cœur pendant la grossesse une importance considérable et

la considérait comme la cause des lésions variées de l'appareil circulatoire, a soulevé de nombreuses contestations, et beaucoup de médecins déclarent ne pas avoir observé l'hypertrophie permanente du cœur consécutive aux grossesses répétées. L'hypertrophie simple du cœur, sans lésions valvulaires, est un phénomène rare et exceptionnel.

La grossesse peut produire l'endocardite aiguë, subaiguë ou chronique. Elle n'a point d'influence snr la production de la péricardite et n'aggrave même pas une péricardite ancienne. Le Dr Porak s'appuie, pour démontrer la production de l'endocardite, sur les observations de M. A. Ollivier et sur les notions que fournit l'anatomie pathologique. Il cite des cas d'endocardite suraiguë ; cette affection est bien plus fréquente pendant les couches, mais elle peut se rencontrer pendant la grossesse. C'est un fait qu'il tient à bien mettre en lumière, car dans les livres qui ont paru sur la question on a une tendance à le nier.

La première observation incontestable d'aggravation de l'endocardite par la grossesse est celle que Costa rapporta en 1827 devant l'Académie, séance célèbre, où le bon sens dut céder le pas aux préjugés.

Dans les recherches qui ont été entreprises sur le sujet, il y a deux courants. Les auteurs français, italiens, Macdonald, en Angleterre, appuient surtout leurs conclusions sur les données cliniques. Les Allemands sont plus enclins à développer des théories, des hypothèses qui sont peut-être un peu prématurées, quelque intérêt qu'elles puissent avoir.

M. Porak a trouvé 79 observations de lésions de l'orifice mitral, seules ou compliquées d'altérations des autres orifices, tandis que les lésions siégeant à l'orifice aortique seulement sont rares.

La fréquence des lésions mitrales rend compte de la fréquence des troubles pulmonaires observés pendant la grossesse. Après une immunité plus ou moins longue, pendant la grossesse, les accidents surviennent et peuvent présenter quatre types différents. Dans un premier groupe, M. Porak range les troubles de l'innervation, consistant en palpitations, dyspnée cardiaque sans congestion ni œdème pulmonaire, et en syncopes ; dans le second groupe, les phénomènes de congestion pulmonaire ; dans le troisième, les phénomènes de stase dans la grande circulation. Ces accidents forment une gamme ascendante. On voit survenir dans l'une des grossesses les accidents de la

variété moins grave; dans une autre grossesse, les accidents plus sérieux. Les troubles les plus communs, au moins pendant la grossesse, sont bien certainement les troubles pulmonaires; les troubles de la circulation générale, dont l'asystolie est l'expression extrême sont plus fréquents pendant les couches ou lorsque les lésions cardiaques sont complexes. Enfin, dans un quatrième groupe, M. Porak étudie les embolies qui résultent de poussées récentes d'endocardite et d'une certaine disposition du sang à se coaguler.

Les maladies du cœur ont une influence évidente sur la grossesse, en provoquant des métrorrhagies, en déterminant très souvent l'avortement ou l'accouchement prématuré, en produisant peut-être des lésions placentaires; mais, en tous cas, en nuisant bien certainement au fœtus, qui tantôt meurt avant sa naissance, ou naît dans des conditions de développement peu favorables et le disposant plus que les autres enfants à une mort prématurée.

Il faut attacher surtout de l'importance à l'état général de la malade, à quelques particularités de la grossesse (abdomen trop descendu, rétrécissement du champ de l'hématose), pour apprécier d'une façon exacte le pronostic des maladies de cœur pendant la grossesse. Le siège de la lésion valvulaire a cependant aussi de l'importance. Les lésions seront d'autant plus graves qu'elles seront plus complexes. Les lésions mitrales, surtout le rétrécissement, sont plus sérieuses que les lésions aortiques.

Quant au traitement, on doit dire, pour commencer par la prophylaxie, qu'en thèse générale il vaut mieux qu'une cardiopathe ne se marie point, surtout si elle est atteinte d'une lésion mitrale et si cette lésion est un rétrécissement. Lorsque la lésion est aortique et bien compensée, on peut permettre le mariage, tout en réservant son pronostic. M. Porak aurait une tendance à se rapprocher de l'opinion de M. Peter, de refuser à une cardiopathe le mariage; si elle est mariée, de l'engager à ne pas être mère; si elle est mère, de l'engager à ne pas nourrir son enfant.

Le traitement médical varie suivant les phénomènes observés.

Le traitement obstétrical, si le travail est déclaré, sera de terminer l'accouchement le plus promptement possible.

Lorsque l'état de la femme est tellement grave que la prolongation du travail doit être funeste à elle et à son enfant, M. Porak pense qu'à l'exemple des médecins italiens, on doit pratiquer l'accouche-

ment forcé, mais il proscrit toute violence et conseille l'emploi des dilatateurs de Barnes.

Si le travail n'est pas commencé, la question de l'avortement ou de l'accouchement prématuré provoqué est nettement forcée.

Si la mère est morte, il y a quelques chances, mais peu, de sauver le fœtus par l'opération césarienne, car le plus souvent il meurt en même temps que la mère ou même avant elle.

M. Porak termine cette intéressante étude, que le lecteur consultera avec fruit, par deux observations ayant trait à la persistance du trou de Botal. Il est bien difficile de dire quelle est l'influence réciproque des maladies rares du cœur sur la grossesse.

Des altérations des villosités choriales, par le Dr Duchamp. — Paris, O. Doin, éditeur.

Ce travail, qui fait honneur à la patience et à l'esprit ordonné de notre savant confrère, échappe à l'analyse parce que l'anatomie pathologique occupe la plus grande place. Il importait d'établir d'une façon précise l'anatomie et la physiologie des villosités; aussi l'auteur a consacré deux chapitres à leur description. Il est impossible de comprendre les altérations des villosités et leurs conséquences, si l'on ne connaît bien leur constitution et leur rôle; il est en outre bien difficile de pouvoir comparer les descriptions des divers auteurs, si l'on n'a pas appris comment chacun d'eux comprend la structure et les rapports des villosités.

Le Dr Duchamp passe ensuite à l'étude des altérations et décrit leur anatomie pathologique, en en réservant une, l'altération cystique, qui, présentant un type clinique particulier, mérite d'être traitée dans un chapitre spécial. Il envisage ensuite ces altérations dans leurs rapports avec les maladies du fœtus et de la mère. Enfin, il discute le côté clinique de leurs études. En somme, cette monographie est un très louable document que consulteront à l'avenir tous ceux qui voudront s'occuper de l'un des sujets les plus obscurs de la science obstétricale.

H. S.

REVUE DES JOURNAUX.

Nouveau procédé opératoire pour pratiquer l'ovariotomie (A new method of performing ovariotomy), par E. NOEGGERATH.

Dans ce mémoire fort intéressant, l'auteur décrit, avec un soin des plus minutieux, les conditions hygiéniques dans lesquelles on doit placer la malade et les procédés antiseptiques qui doivent être employés. Il recommande de faire prendre à la patiente 1 gr. 50 de bromure de potassium pendant les jours qui précèdent l'opération et 2 grammes le matin du jour où elle doit être faite. De plus, on administre un lavement avec 2 grammes ou plus de chloral. Ces précautions ont pour but de rendre la période d'excitation chloroformique plus courte, le sommeil plus naturel, et d'empêcher les vomissements.

La malade est placée sur un lit de caoutchouc rempli d'eau chaude à 38°. On commence par inciser la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et le fascia superficialis sur une étendue de trois pouces environ. Au lieu de continuer à inciser les tissus et le péritoine, on plonge un trocart dans le kyste, et on le vide. Si le liquide est transparent, on continue l'opération; si le liquide contient du pus, du sang décomposé ou s'il est louche, on injecte par le tube attaché au trocart une quantité d'eau phéniquée à 2,5 pour 100 égale à la moitié du liquide qui a été retiré.

Le liquide injecté est laissé quelque temps dans le kyste, puis retiré. Cette pratique a pour but de prévenir toute possibilité d'infection par le liquide du kyste, qui s'écoulerait dans la cavité abdominale pendant l'opération. Après que le kyste est vidé, on abaisse le manche du trocart vers la peau, au-dessous de l'ombilic, amenant ainsi contre la paroi abdominale antérieure toute cette partie de la tumeur qui est au-dessous de l'ouverture du trocart. La portion élevée de la paroi abdominale est alors incisée sur le trocart comme guide, et le kyste tiré en haut et en dehors de la cavité abdominale par l'instrument, qui se trouve dans son intérieur, après quoi le pédicule est lié et le kyste enlevé.

Les avantages de cette méthode sont les suivants :

1° L'opération est simplifiée considérablement.

2° Les chances de contamination par l'air, les instruments, les mains, les matières septiques sont diminuées.

3° Le contenu du kyste étant désinfecté peut se trouver en contact avec la cavité abdominale sans inconvénient pour la patiente.

4° L'ouverture péritonéale est plus petite.

5° Le traumastisme résultant de l'ouverture de la cavité abdominale est diminué, la plus grande partie de l'opération se bornant à une simple paracentèse.

Contre-indication. — 1° Quand la partie solide de la tumeur est constituée par une réunion de petits kystes ou que son contenu est trop épais pour passer à travers la canule du trocart.

2° Quand le kyste est petit, soit primitivement, soit qu'il ait été réduit de volume par des fonctions antérieures à cause du danger auquel on s'exposerait de rencontrer une bride intestinale en avant de la tumeur. (*The New-York medical journal* — février 1881.)

Dr Paul RODET.

De l'emploi de la teinture d'iode dans le traitement des hémorrhagies « post partum ». Le Dr W. E. FOREST (de New-York). — L'auteur indique les avantages suivants pour le traitement des hémorrhagies *post partum*, par la teinture d'iode; d'après lui : 1° l'iode réprime l'hémorrhagie non pas en coagulant le sang dans l'utérus, mais en excitant l'utérus à se resserrer ; le sang coule à l'état liquide plutôt que de permettre à l'utérus de se remplir d'un caillot dur et visqueux prêt à se décomposer ; l'utérus se trouve donc ainsi vide et désinfecté ; 2° la teinture d'iode n'a jamais, dans la pratique du Dr Forest, causé aucun résultat, même étant injectée à l'état pur dans l'utérus. Ainsi, dans un de ces cas, on a injecté 150 grammes de teinture d'iode (100 gr. sans avoir été délayés) et aucun mauvais résultat n'a été observé.

D'après l'auteur, la teinture d'iode ne manque jamais d'arrêter l'hémorrhagie. (*New-York Medical Record*, 4 septembre 1880.)

Dr A. LUTAUD.

VARIÉTES

La vaccination obligatoire à l'Académie de médecine. — Nos lecteurs connaissent le projet présenté par M. Liouville et tendant à rendre obligatoire la vaccination en France. Ce projet a été très bien accueilli au Parlement. Quelques jours après sa présentation aux Chambres, M. Larrey a proposé à l'Académie de discuter la question et de donner son avis au gouvernement. La docte compagnie s'est d'abord fait tirer l'oreille. Un de ses membres les plus actifs, M. Depaul, a émis l'opinion que l'Académie ne devait donner son avis au gouvernement que s'il était officiellement demandé. « Il n'est pas de la dignité de l'Académie, a dit l'honorable membre, d'adresser aux pouvoirs publics l'expression d'une opinion qui ne lui est pas demandée. » Quelques membres, moins susceptibles, auraient pu répondre que l'Académie avait été instituée pour traiter toutes les questions intéressant l'hygiène publique, et qu'elle devait mettre de côté des susceptibilités puériles, lorsqu'il s'agit des intérêts de la science et de l'humanité. C'était du reste l'opinion de M. Beclard, le sympathique secrétaire perpétuel. Mais la compagnie s'est renfermée dans sa dignité (ou ce qu'elle considère comme tel) et a décidé qu'elle ne discuterait la question que lorsqu'elle y serait officiellement invitée par le gouvernement.

Le gouvernement, plus éclairé, n'a pas hésité à faire les premiers pas. L'Académie a eu son amour-propre satisfait et a reçu du président du conseil des ministres, du président de la Chambre et de M. Liouville lui-même une demande à l'effet de donner son opinion sur la question.

Une commission fut nommée dans la séance du 7 mars pour formuler la réponse au gouvernement. Elle était composée de MM. Guyon, Parrot, Hervieux, Léon Colin, Legouest, Guéniot, Tarnier, Depaul, Fauvel, Larrey, Th. Roussel et Blot, rapporteur.

Ce n'est qu'après de vives discussions que la commission tomba d'accord et le rapport n'a pu être lu que dans la séance du 29 mars.

Ce rapport assez développé ne contient aucun document nouveau et original. Nous nous bornerons donc à reproduire les conclusions

qui sont favorables au principe de l'obligation. C'est tout ce que nous demandions. Nous ajouterons que ce principe a été admis par tous les membres de la commission à l'exception d'un seul. Faut-il le nommer? Il nous en coûte, hélas! Car ce partisan de la variole obligatoire est celui que l'Académie avait chargé pendant de longues années de la direction de son service vaccinal. C'est M. le professeur Depaul.

Voici les conclusions du rapport académique:

« Considérant que la *vaccination* est, sauf exceptions extrêmement rares, une opération inoffensive, quand elle est pratiquée avec soin et sur des sujets bien portants; considérant que, sans la vaccine, les mesures indiquées par l'hygiène (isolement, désinfection, etc.) sont, à elles seules, insuffisantes pour préserver de la variole; considérant que la croyance au danger de vacciner et de revacciner, en temps d'épidémie, n'est nullement justifiée; considérant enfin que la *revaccination*, complément nécessaire de la *vaccination* pour assurer l'immunité contre la variole, doit être appliquée *dix ans*, au plus tard, après une vaccination réussie, et répétée aussi souvent que possible, quand elle n'a pas été suivie de cicatrices caractéristiques, l'Académié pense qu'il est urgent et d'un grand intérêt public qu'une loi rende la *vaccination obligatoire*. Quant à la *revaccination*, elle doit être encouragée de toutes les manières, et même imposée par des règlements d'administration, dans toutes les circonstances où cela est possible. »

Ce qui est maintenant intéressant, c'est la réponse qu'à pu faire M. Depaul pour combattre le principe de l'obligation.

M. Depaul trouverait singulier qu'on voulût, malgré lui, faire vacciner ses enfants: la loi dont il s'agit lui semble vexatoire; de plus, elle est, suivant lui, absolument inapplicable. A cette loi il y a une sanction pénale qui consiste dans une amende de 1 franc pour la première contravention et dans l'affichage du nom du délinquant à la porte de la mairie. N'est-ce point là une pénalité dérisoire et absolument incapable d'obliger celui qui ne voudrait pas faire vacciner son enfant?

Il y a aussi, dans ce projet de loi, un article qui oblige tout individu d'avoir un certificat de vaccination et de revaccination, et de l'exhiber à toute réquisition d'un agent quelconque de l'administration. N'est-ce pas encore là une disposition à la fois ridicule et puérilement vexatoire? Comment s'y prendra-t-on, d'ailleurs, pour con-

stater qu'un individu a été ou n'a pas été revacciné, dans une ville comme Paris, par exemple, où existe une population nomade, flottante, allant et venant sans cesse, et toujours renouvelée? Fera-t-on des perquisitions à domicile? Aura-t-on recours aux dénonciations des voisins? L'application de la loi ne risque-t-elle pas, dans ces conditions, de devenir intolérable et absolument impossible?

M. Blot s'est appuyé sur le fait de l'existence de la loi de l'obligation dans des pays voisins, tels que l'Angleterre, l'Allemagne, etc. ; mais tous ceux qui, dans ces pays, ont pris soin de s'enquérir de ce qu'il advient de la loi dans la pratique, savent qu'elle demeure une lettre morte. Elle existe, mais on ne l'applique pas.

M. Depaul est d'avis qu'il faut vacciner et revacciner le plus possible et par tous les moyens possibles. Sans doute il y a quelque chose à faire, mais ce n'est pas une loi d'obligation. Il s'agit de réorganiser sur de nouvelles bases le service de la vaccine. Mais, pour cela, il faut de l'argent, beaucoup d'argent et l'on n'en obtient pas facilement des pouvoirs publics. M. Depaul, alors qu'il était directeur du service de la vaccine à l'Académie, obtint difficilement, lors de l'épidémie de 1870 à 1871, une somme de 2,000 francs pour établir à l'Académie un service de vaccination à l'aide du vaccin de génisse. Ce service, qui dura un an et qui dut cesser faute de fonds, rendit les plus grands services pendant cette désastreuse épidémie de variole, qui dut sa gravité exceptionnelle aux conditions exceptionnelles aussi dans lesquelles se trouva alors la population enfermée dans Paris, en proie à la misère, à la démoralisation, à l'alcoolisme. L'épidémie ne cessa que lorsque, avec la rentrée des troupes dans Paris, cessèrent les mauvaises conditions hygiéniques qui l'avaient produite. L'obligation, suivant M. Depaul, n'eût pas fait plus que ne firent alors la bonne volonté et le sentiment d'un devoir d'humanité à remplir. Pour sa part, M. Depaul vaccina de sa main plus de 72,000 individus, soit dans Paris, soit dans les forts, trempa plus de 52,000 lancettes et distribua 22 à 23,000 plaques ou tubes de vaccin. Il fut puissamment secondé, pour les revaccinations des soldats, par les chirurgiens militaires, au zèle et au dévouement desquels il se plaît, comme M. Blot, à rendre un hommage mérité. Il demande encore une fois si la vaccine obligatoire en eût fait autant.

Ce n'est donc pas l'obligation qu'il faut chercher à réaliser, mais avant tout l'amélioration du service actuel de la vaccine, dont M. Blot a montré tout au long les défectuosités. L'organisation de ce service

anguit depuis longtemps dans l'état le plus déplorable. Le gouvernement, les départements, les communes, ne font rien ou presque rien pour lui, les commissions de vaccine ne peuvent que gémir dans leur impuissance à modifier l'ordre des choses actuel. Les sommes affectées au fonctionnement du service de la vaccine dans toute l'étendue de la France s'élèvent au chiffre dérisoire de 240,000 francs par an; ce qui, d'après les calculs les plus modérés, représente la somme de 5 francs par 1,000 habitants, et de 3 ou 4 centimes par individu vacciné! Comment, avec de pareilles conditions, exiger des médecins de campagne dont on vante beaucoup le zèle et le dévouement, mais qu'on laisse mourir de faim, comment exiger d'eux qu'ils aillent, souvent à des distances considérables, à travers des montagnes couvertes de neige l'hiver, brûlées par le soleil l'été, pratiquer des vaccinations et des revaccinations; car il faudra, si l'on veut réaliser sérieusement l'obligation, aller au devant des individus à vacciner.

Et il ne suffit pas de pratiquer purement et simplement des inoculations, il faudra encore vérifier si le vaccin a pris, si l'inoculation a réussi ou non; il faudra établir une surveillance par des médecins inspecteurs.

Le service actuel de la vaccine pèche en outre par insuffisance des sources du vaccin. Il faut, suivant M. Depaul, créer des foyers, des centres multiples de vaccin. Or, le vaccin humain demeurera toujours insuffisant, quoi qu'on fasse ; il est absolument indispensable d'organiser sérieusement un service de vaccination avec le vaccin de génisse, qui seul est capable de répondre à tous les besoins.

M. Depaul a été frappé de ce fait que les conclusions de la commission admettent seulement l'obligation pour la vaccination et la suppriment pour la revaccination. Il y a là, suivant lui, un manque de logique qui ne se comprend pas du moment que le rapport de la commission a pris grand soin d'établir, justement d'ailleurs, que la revaccination est tout aussi indispensable que la vaccination elle-même. Les auteurs du projet de loi ont montré, à ce point de vue, plus de sens logique ; ils ont imposé également l'obligation pour les vaccinations et les revaccinations.

En résumé, dit M. Depaul, ce qui importe, ce n'est pas de rendre la vaccination et la revaccination obligatoires, c'est d'organiser un bon service de vaccine. M. Depaul voudrait qu'il fût établi des foyers, des centres de vaccination, dans tous les chefs-lieux de département,

d'arrondissement, de canton, dans toutes les communes un peu considérables ; il voudrait que les médecins vaccinateurs fussent convenablement rétribués, et que le fonctionnement du service fût l'objet d'une surveillance attentive ; il voudrait, enfin, que les sources du vaccin fussent multipliées, par l'adjonction de la vaccination animale convenablement organisée, de manière à répondre à tous les besoins. C'est le seul moyen, suivant lui, de diminuer encore le chiffre de la mortalité variolique.

M. Depaul ne croit guère à l'incurie et aux préjugés contre la vaccine, du moins en France. On accepte généralement la vaccination et même la revaccination dans notre pays, et, quoiqu'on ait dit le contraire, nulle part peut-être on ne vaccine plus qu'en France. Donc, avec une bonne organisation du service de la vaccine, il n'est nullement besoin, suivant lui, d'une loi qui ne présente aucun avantage et n'a que des inconvénients.

Nous ne chercherons pas à réfuter l'argumentation de M. Depaul. M. Fauvel s'est du reste chargé de ce soin. Nous rappellerons seulement que l'honorable professeur appartient à une école qui n'admet pas en général le principe de l'obligation, même lorsqu'il s'agit du bien-être et de la sécurité de toute une communauté. Nous ne croyons pas trop nous avancer en disant que, s'il n'admet pas la vaccine obligatoire, il est également l'ennemi de l'instruction obligatoire. Ces deux questions présentent quelque analogie.

C'est M. Fauvel qui a répondu à M. Depaul en défendant le principe de l'obligation. Le ministre a consulté l'Académie pour savoir si, à ses yeux, la vaccination et la revaccination sont, *médicalement parlant*, d'un intérêt public assez considérable pour être rendues obligatoires par une loi. En cas d'affirmative, on ne demande pas à l'Académie de se prononcer sur la sanction pénale qui pourrait être attachée à cette loi. Ceci n'est pas de la compétence de l'Académie, mais des juristes du Parlement.

La commission, dans ses conclusions, s'est renfermée strictement dans le sens médical de la question posée à l'Académie.

Pourquoi M. Depaul, qui est d'accord avec la commission sur l'utilité de la vaccination et de la revaccination, fait-il opposition à la loi ? C'est que, dit-il, il ne veut pas qu'au nom de l'intérêt public, même un bienfait puisse être imposé par une loi. Il regarde la liberté individuelle comme souveraine en pareille matière.

La commission a combattu cette étrange doctrine. M. Fauvel croit

devoir reproduire les arguments qui ont déjà été présentés dans le rapport. Il ajoute que la seule question qui doive préoccuper l'Académie est celle de savoir si, au point de vue médical, l'intérêt public attaché à la vaccination est assez considérable pour motiver une restriction à la liberté individuelle, c'est-à-dire une obligation légale. Or, il ne pense pas que, sur ce point, il puisse rester quelque doute au sein de l'Académie.

Quant à se prononcer sur les moyens extra-médicaux inscrits ou à inscrire dans le projet de loi pour assurer l'obligation, cela n'est pas de la compétence de l'Académie, mais regarde encore une fois les juristes du Parlement.

Or, l'argumentation tout entière de M. Depaul a porté sur ces moyens extra-médicaux, dont l'appréciation n'est pas demandée à l'Académie.

M. Depaul oppose ensuite l'impossibilité d'appliquer l'obligation prescrite par la loi dans l'état actuel du service de la vaccine en France, et, à ce propos, il a tracé l'exposé peu flatteur de la manière dont la vaccination est pratiquée dans certains départements; il a indiqué de nombreux *desiderata* du service de la vaccine, les améliorations qu'il réclame depuis longtemps, et il a insisté par-dessus tout sur le manque de fonds, et sur les allocations dérisoires accordées par l'État ou par les départements en faveur de ce service.

Comment se fait-il que M. Depaul en tire une conclusion contraire à l'obligation? C'est que M. Depaul suppose, bien à tort, que l'obligation édictée par la loi laissera le service de la vaccine dans l'état défectueux et insuffisant où il se trouve actuellement. Or, M. Fauvel admet, au contraire, que les améliorations réclamées dans le service de la vaccine sont le corollaire rigoureux de l'obligation légale, et que celle-ci ne saurait être appliquée sans avoir été préalablement rendue applicable.

Suivant M. Depaul, il n'est pas nécessaire d'en venir à l'obligation pour opérer toutes les réformes désirables dans le service de la vaccine, et une fois ces réformes opérées, quand le service du vaccin sera assuré sous ses formes humaine et animale, quand toutes les garanties seront données sur les qualités du virus, la vaccination ne rencontrera plus ni indifférence ni répulsion dans le public. Il ne restera plus que quelques rares récalcitrants.

M. Fauvel admet qu'une fois les réformes opérées, le nombre des vaccinations efficaces augmentera dans de fortes proportions et que

les abstentions deviendront exceptionnelles. Mais, en pareille matière, il importe avant tout de poser le principe fondé sur l'intérêt public pour en déduire ensuite la conséquence obligée, c'est-à-dire les moyens d'exécution.

Dans les questions d'hygiène, de prophylaxie, qui n'ont pas encore aux yeux des populations et des pouvoirs publics toute l'importance qu'elles méritent, c'est en vain que vous demanderez de l'argent aux assemblées délibérantes, si vous ne les avez pas amenées à reconnaître la nécessité de rendre obligatoire la mesure à prendre. Quant aux critiques dirigées par M. Depaul contre la sanction pénale édictée par la loi, elles ne sont, aux yeux de M. Fauvel, que d'agréables plaisanteries. Il reconnaît que, dans bien des cas, la pénalité sera illusoire ou inapplicable, mais peu importe, si la loi a pour résultat de répandre la vaccination en la recommandant et en en falicitant l'application par des réformes qui seront la conséquence de l'obligation.

M. Fauvel se résume dans les conclusions suivantes :

« Le gouvernement demande à l'Académie si elle est d'avis que la vaccination et la revaccination soient d'un intérêt public assez considérable pour être rendues obligatoires.

« Votre commission, moins un de ses membres, a répondu sans hésitation par l'affirmative, en restant dans les limites de sa compétence, c'est-à-dire sur le terrain médical, et en laissant aux juristes le soin de déterminer jusqu'à quel point et par quels moyens l'obligation est applicable.

« A l'appui de son opinion sur l'intérêt de premier ordre qui s'attache à la vaccination, elle a vu dans l'obligation individuelle, l'obligation corrolaire pour les pouvoirs publics de rendre la vaccination d'un accès facile à tous et d'en entourer l'application de toutes les garanties désirables.

« La commission a indiqué les principales réformes à accomplir et a montré que, moyennant un crédit convenable, il serait facile, à bref délai, d'opérer ces réformes. A ses yeux, c'est la condition *sine quâ non* de l'application de la loi.

« Vous avez entendu l'exposé des motifs pour lesquels M. Depaul a refusé de s'associer aux conclusions de la commission, et vous avez remarqué que ces motifs sont tous tirés de considérations étrngères à la question posée à l'Académie et à la compétence de M. Depaul. Nous avons la persuasion de les avoir victorieusement combattus, d'avoir montré l'incohérence des arguments invoqués par notre collègue, et

comment, sous l'empire d'une idée malheureuse, il en est venu à y sacrifier ses convictions médicales, c'est-à-dire les bienfaits de la vaccine.

« C'est pourquoi, sans insister davantage, et tout en regrettant de n'avoir pas le concours de notre éminent collègue, je suis convaincu que l'Académie passera outre et adoptera, pour ainsi dire par acclamation, la réponse favorable proposée par la commission à la demande du gouvernement. »

Nous avons été heureux de constater que les conclusions de M. Fauvel ont été très favorablement accueillies par l'Académie.

Mais la discussion n'était pas épuisée. M. Depaul devait trouver dans cette même séance une des plus vives satisfactions de sa carrière académique. On sait que l'illustre compagnie possède dans son sein un jouteur infatigable qui a troublé plus d'une fois la placide harmonie de ses travaux. Cet homme remarquable qui devait *démolir* les travaux de M. Pasteur et qui, en attendant, a tenté de *démolir* l'homme lui-même en le provoquant en duel, cet académicien spadassin, s'est trouvé de l'opinion de M. Depaul contre la vaccination. Or, c'est la première fois que nous voyons ces deux académiciens d'accord depuis trente ans qu'ils luttent dans l'enceinte de l'Académie. Il est fâcheux que ce soit sur cette question.

M. Jules Guérin s'est en effet efforcé de démontrer que la mesure proposée de rendre la vaccination obligatrice est *inutile, impraticable et attentatoire à toutes les libertés*. D'après l'infatigable académicien, il ne doit que nous rester la liberté de contracter la variole.

Nous ne prolongerons pas plus longuement cette analyse et nous nous bornerons à reproduire le sentiment de la majorité des membres de l'Académie, qui est certainement favorable au principe de la vaccination obligatoire tel qu'il a été formulé par la commission.

A. Lutaud.

Modifications nouvelles dans le traitement de la vaginite, par le Dr Terrillon, chirurgien de Lourcine, et M. Auvard, interne des hopitaux. — La vaginite contagieuse, si fréquente à l'hôpital Lourcine, est une affection dont le traitement est quelquefois très embarrassant,

et toujours assez long. Au début, l'acuité des phénomènes douloureux, l'œdème considérable des parties atteintes, souvent l'étroitesse de l'ouverture vaginale, rendent très difficile l'emploi des moyens ordinaires qu'on peut opposer à la maladie dans une période plus avancée. Nous avons parlé d'étroitesse de l'orifice vaginal, car il est très fréquent de rencontrer la vaginité aiguë chez les filles jeunes et récemment déflorées.

Plus tard, lorsque les phénomènes inflammatoires sont calmés et qu'on peut facilement faire pénétrer un instrument dans la cavité vaginale, le traitement devient plus simple et l'on n'a plus à discuter que sur la nature des topiques employés et sur le mode d'application.

La plupart des auteurs qui se sont occupés du traitement de la vaginite, et ils sont nombreux, conseillent d'user des moyens différents suivant les périodes de l'affection.

Dans la période aiguë, la méthode émolliente est particulièrement indiquée ; elle consiste en bains généraux, bains locaux, applications de topiques émollients extérieurs, enfin, à une certaine période, les injections de liquide plus ou moins mucilagineux dans l'intérieur du vagin.

Dans la seconde période, les topiques les plus variés ont été recommandés, et l'on peut dire qu'en général on se sert surtout des modificateurs ordinairement employés pour les inflammations des muqueuses, tels que les caustiques légers, nitrate d'argent, etc., ou les astringents, alun, tannin, permanganate de potasse et autres.

Lorsque nous avons eu à soigner cette affection, nous avons été frappés de plusieurs inconvénients que présentait la méthode généralement employée. La première période de la maladie était toujours longue et très pénible pour les malades. La seconde durait également un temps très long et souvent, malgré les moyens employés, les malades ne guérissaient qu'incomplètement ou, malgré la guérison apparente au moment de leur sortie, revenaient quelque temps avec une rechute.

Nous essayâmes donc une nouvelle méthode, dont la supériorité nous fut rapidement démontrée ; c'est elle que nous allons décrire actuellement dans tous ses détails, et nous aurons soin d'indiquer ensuite les avantages qu'elle présente sur les méthodes usitées auparavant.

La substance employée est une pommade très facile à préparer.

Vaseline.	150 grammes
Amidon.	150 —
Tannin	50 —

Elle a une consistance pâteuse qui permet de l'introduire dans un instrument spécial, qui se compose d'un réservoir terminé par un tube de 10 centimètres, dont l'extrémité est taillée en biseau, et dont les bords sont soigneusement arrondis. Le réservoir est muni d'un couvercle qu'on ferme au moyen d'un ressort. Le centre du couvercle donne passage à la tige d'un piston sur laquelle il suffit de presser pour chasser la pommade et la faire sortir à l'extrémité de l'instrument sous forme d'un cylindre de 1 centimètre de diamètre environ. MM. Mathieu ont construit avec beaucoup de soin cet instrument.

Le principal avantage qu'il présente est de pouvoir être introduit très facilement et presque sans douleur, grâce à son petit volume, même dans les cas de vaginite très aiguë, de façon à ce que la pommade soit déposée dans la partie profonde du vagin. Lorsqu'on se sert du spéculum, il est facile de déposer la pommade dans le point qu'on choisit.

La quantité de substance introduite peut varier considérablement, suivant le désir du chirurgien et suivant le but à atteindre.

Grâce à la consistance de la pommade au tanin, il n'est nullement nécessaire d'introduire un tampon pour la maintenir dans le fond du vagin. Cependant, quand la vulve est excessivement large, comme rien n'empêche dans ce cas l'introduction du spéculum, un tampon d'ouate devient un moyen utile pour empêcher sa chute hors du vagin. Mais on peut dire que, sauf de rares exceptions, on retrouve souvent après huit jours d'application une certaine quantité de pommade dans le fond du vagin. Chez plusieurs femmes, on peut même en retrouver jusqu'au douzième et quatorzième jour.

Malgré cette persistance, la pommade ne constitue pas un corps irritant et ne devient pas un mastic dur et consistant impossible à enlever, comme cela est constaté quelquefois avec des substances pulvérulentes, telles que le sous-nitrate de bismuth, etc. Grâce à ce séjour prolongé, l'introduction de cette pommade ne doit être renouvelée qu'après sept ou huit jours environ.

L'action de cette substance est rapide et constante. Dès les premiers jours de l'application, l'écoulement vaginal non seulement diminue, mais disparaît presque complètement. Les parois vaginales restent rouges, congestionnées, mais elles sont sèches, légèrement rugueuses

et l'introduction du doigt permet de constater cet état particulier de la paroi vaginale.

Le nombre des applications doit varier naturellement suivant l'intensité de la maladie, suivant l'époque à laquelle on a commencé à la soigner, et aussi suivant que la femme est ou non en état de grossesse. Dans ce dernier cas, en effet, la vaginite est particulièrement rebelle, ce qui s'explique facilement, puisque la grossesse peut être elle-même la cause d'un certain degré de vaginite simple.

Il est ordinairement très difficile de prouver nettement, surtout pour une maladie aussi complexe que celle dont nous nous occupons, qu'une méthode de traitement a agi plus rapidement que celles qui ont été employées précédemment. Cette affirmation serait d'autant plus difficile ici que la plupart des faits sont peu comparables entre eux, et que le tannin employé dans ce cas a été souvent usité pour cette affection.

Nous pouvons dire cependant que, dans tous les cas que nous avons observés, l'écoulement vaginal a été arrêté presque complètement pendant tout le temps de l'application de la pommade, et que, lorsque nos malades sont sorties guéries, aucun point de la surface vaginale ne nous semblait suspect. Enfin ces malades ne paraissaient pas avoir eu de rechutes rapides, comme cela s'était présenté si souvent auparavant, à la suite des autres traitements.

On peut, au moins théoriquement, se faire une idée de la façon dont agit cette substance, et comment elle doit produire une guérison assurée et durable. Grâce à la quantité de pommade introduite, qui doit varier de 15 à 25 grammes, et à la persistance de son séjour, on peut être certain que toute la paroi vaginale, dans ses moindres replis, est continuellement impregnée de tanin, et que cette substance modificatrice agit en permanence.

Enfin la possibilité d'employer ce moyen dès le début de la vaginite aiguë constitue une supériorité indiscutable, car on peut ainsi agir rapidement sur la muqueuse.

Les malades affirment n'éprouver aucune douleur ni gêne, et la rareté des examens ou des pansements constitue pour elles un avantage énorme, qui leur fait préférer cette méthode aux autres.

Si nous passons en revue les principaux moyens employés contre la vaginite, nous verrons rapidement quels sont par comparaison les avantages de celui que nous proposons.

Nous parlerons très peu des caustiques, dont l'usage chez la femme

est très rarement efficace, à cause de la difficulté qu'on éprouve à atteindre toute la surface vaginale. La douleur très vive qu'ils occasionnent doit souvent les faire rejeter.

Les autres modificateurs employés sont les liquides, tels que le coaltar saponiné, glycérine phéniquée, baume gurgum, etc.; ils nécessitent l'emploi du tampon avec introduction du spéculum, des pansements fréquents, et de plus, ils ont cet inconvénient que la femme peu soigneuse peut se débarrasser facilement de son tampon, alors que la pommade ne peut pas être enlevée.

Les poudres présentent des inconvénients à peu près semblables à ceux que nous venons d'énumérer; elles ont de plus l'inconvénient d'agir trop énergiquement et d'une façon qui n'est pas graduelle, comme lorsqu'elles sont mêlées à une autre substance. Enfin elles peuvent former, en s'agglutinant, de véritables corps étrangers qui sont une cause d'irritation permanente et dangereuse.

Tous ces inconvénients ont fait penser depuis longtemps à la possibilité d'user des substances médicamenteuses, soit en les disposant au milieu d'un tampon, tel l'ancien tampon à l'alun, si longtemps employé à l'hôpital de Lourcine, soit en les incorporant avec des substances grasses, pommades diverses ou trochisques. (Demouy, 1867.)

Jusqu'à présent les pommades ont été employées en les disposant à la surface d'un tampon; mais ici encore nous retrouvons les inconvénients du tampon, de l'emploi du spéculum et de la facilité avec laquelle les malades négligent leur traitement.

Nous croyons que cette revue rapide permettra de saisir les avantages de la modification que nous proposons; aussi nous n'insistons pas davantage. (Extrait du *Bulletin de Thérapeutique*, 15 mars 1881.)

Le gérant : A. LEBLOND

PARIS. — TYPOGRAPHIE A. PARENT

A. DAVY, Success^r, imp. de la Fac. de méd., r. M.-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Mai 1881.

TRAVAUX ORIGINAUX

DE
L'EXAMEN EXTÉRIEUR DE LA MUQUEUSE RECTALE
A L'AIDE DU RETOURNEMENT,

Par le Dr S. Tarnier,
Chirurgien en chef de la Maternité de Paris.

Tous les chirurgiens savent combien il est difficile d'examiner, sur le vivant, la muqueuse rectale et de *bien voir* les lésions superficielles qu'elle présente, alors même que ces lésions siègent à une petite distance de l'anus. S'agit-il, par exemple, d'un polype du rectum ou d'hémorrhoïdes, le siège de la maladie pourra sans doute être étudié par le toucher rectal et par l'écartement des plis rayonnés de l'anus, mais il restera soustrait en grande partie aux investigations de la vue, à moins

qu'on ne fasse usage du *speculum ani*, dont l'emploi n'est pas irréprochable. Il en est de même pour la fissure à l'anus qu'on entrevoit ou qu'on devine, plutôt qu'on ne l'examine aussi bien qu'on le voudrait. Voici ce que Chassaignac, notre ancien et regretté maître, a dit sur ce dernier sujet :

« Quelques chirurgiens, abusés par l'insuffisance de leurs « recherches, ont admis que la contracture douloureuse du « sphincter pouvait exister en l'absence complète de toute fis- « sure, gerçure, entamure quelconque, de telle sorte qu'il y « aurait deux maladies différentes : d'une part *la contracture* « *sans fissure*, et d'autre part *la fissure sans contracture*. Pour « nous, qui avons toujours apporté un soin extrême dans la re- « cherche de l'élément fissure, nous n'avons jamais rencontré « de contracture sphinctéralgique, sans qu'il existât en même « temps une entamure de la muqueuse. Mais aussi nous avons « eu recours à un mode d'exploration qui nous est particulier « et qui fournit un précieux moyen de contrôle dans les cas « douteux.

« Si, d'après le conseil des auteurs, on se borne à déplisser « autant que faire se peut la zone rayonnée qui entoure l'anus, « si, pour dernier complément de l'investigation, on se borne « de prescrire au malade (retenu qu'il est par la douleur) de « pousser comme s'il allait à la selle, nul doute que l'on trou- « vera plus d'un cas où l'existence de l'entamure muqueuse « semble faire complètement défaut. Mais ce n'est pas là, pour « nous, le dernier mot des ressources exploratoires, et voici « celle qui nous a permis de reconnaître toujours l'exis- « tence de la gerçure, dans des cas où l'investigation ordinaire « ne l'eût pas fait découvrir.

« Le moyen que nous employons et qui nous a rendu de si « grands services dans le traitement des polypes du rectum, a « pour effet de renverser la muqueuse anale en dehors et d'y « faire apparaître, principalement dans le cas de contracture « névralgique, les moindres particularités et accidents de sur- « face existant sur cette membrane. Le moyen décrit par nous « pour la première fois en 1853, numéro du 18 juin du *Moniteur*

« *des hôpitaux*, et dans notre *Traité de l'écrasement linéaire*, « p. 155, est le suivant :

« Une vessie de caoutchouc, du volume d'une petite pomme, « mais qu'on introduit facilement lorsqu'elle est vide et reployée « sur elle-même, est introduite dans la cavité de l'intestin. C'est « alors qu'on insuffle la petite poche ; puis, au moyen de la tige « creuse par laquelle elle se termine, j'exerce des tractions « qui ont pour effet de renverser la muqueuse et d'attirer au « dehors les tumeurs ou ulcérations présentes à la paroi interne « de l'intestin (1). »

Malheureusement le procédé d'exploration recommandé par Chassaignac est si bien oublié que nous ne l'avons jamais vu mettre en usage, même par son auteur, probablement parce qu'il nécessite l'emploi d'un instrument qu'on est loin d'avoir toujours à sa disposition.

A côté du procédé de Chassaignac, nous croyons pouvoir recommander celui que nous employons actuellement et que nous appelons le *retournement* de la muqueuse rectale, retournement que nous exécutons avec le doigt. Ce dernier procédé a sur celui de Chassaignac l'avantage d'être exécuté sans instrument spécial, mais il lui est inférieur en ce qu'il n'est applicable qu'aux femmes et qu'il ne réussit pas toujours. Il est d'ailleurs peu douloureux ordinairement.

Voici comment nous procédons : le doigt indicateur de la main droite, dont l'ongle doit être court afin de ne pas produire de douleur par la pression, est introduit dans le vagin et recourbé en crochet, de telle sorte que son extrémité appuie sur la cloison recto-vaginale à quelques centimètres au-dessus du sphincter anal. Le doigt étant placé et recourbé, ainsi que nous venons de le dire, est poussé *lentement et progressivement d'avant en arrière et de haut en bas*, de manière à déprimer fortement la cloison recto-vaginale comme pour la faire sortir par l'anus. Sous l'effort produit, bientôt le périnée bombe, l'anus s'en-

(1) Chassaignac. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Article Anus, t. V, p. 458 et 459.

trou'vre et la muqueuse rectale apparaît. Si l'on continue à pousser dans la direction indiquée ci-dessus, le doigt franchit l'anus de haut en bas et se montre à l'extérieur coiffé par le rectum qui est retourné en forme de doigt de gant. Ce retournement se produit sur une hauteur de 3 centimètres à partir de l'anus, et l'œil explore alors avec une grande netteté, aussi longtemps qu'on le désire, toute la portion de la muqueuse rectale qui vient d'être retournée, et y découvre les plus petites lésions dont l'existence aurait, sans cela, été méconnue.

Plusieurs fois déjà nous avons employé ce procédé avec succès, notamment chez deux malades atteintes de fissure à l'anus, dont l'une est actuellement couchée au n° 4 de notre salle de gynécologie, à la Maternité. Il est d'une très facile exécution chez les femmes qui ont eu des enfants surtout, quand le dernier accouchement remonte à une date peu éloignée. Il est un peu plus difficile chez les femmes qui n'ont jamais eu d'enfants, chez celles dont les tissus sont très fermes ou épais, et dans deux cas nous avons échoué parce que nos malades, d'ailleurs peu dociles, se prêtaient mal à notre exploration et que leurs plaintes nous ont fait interrompre nos tentatives de retournement. Nous n'avons jamais, dans ces recherches employé la chloroformisation, mais il est probable que le sommeil anesthésique faciliterait beaucoup le procédé du retournement de la muqueuse rectale, lorque celui-ci est, par exception, difficile ou douloureux.

Le retournement extérieur de la muqueuse rectale permet de bien voir et de bien étudier les lésions superficielles de cette partie de l'intestin. Chez l'une de nos malades nous avons été étonné de la richesse vraiment extraordinaire du réseau capillaire sanguin qui entourait une hémorrhoïde dont jusque-là nous n'avions pas soupçonné l'existence ; chez une autre, dont nous avions retourné le rectum pour montrer au Dr Pinard, qui assistait à notre visite, combien le procédé du retournement est facile, la muqueuse de l'intestin apparut d'abord avec une couleur blanchâtre, quand tout à coup il se fit sur cette muqueuse un raptus sanguin qui, en moins d'une seconde, in-

jecta des centaines de capillaires. La soudaineté de cette congestion, en quelque sorte expérimentale, nous aidera dorénavant à mieux comprendre la rapidité de certaines congestions morbides.

Nous ajouterons que la muqueuse rectale retournée est accessible à des soins chirurgicaux mieux dirigés, à des pansements mieux faits et plus utiles que ceux dont on se contente habituellement.

A l'appui de ce que nous venons de dire, nous publions l'observation suivante qui ne présente d'ailleurs pas d'autre intérêt que celui d'une pièce justificative :

Hôpital de la Maternité, service de M. Tarnier, salle de gynécologie. — Pelvi-péritonite; fissure à l'anus; retournement de la muqueuse rectale (observation recueillie par J. Berthaut, interne du service.)

La nommée C. M... âgée de 24 ans, modiste, d'une bonne santé habituelle, a eu ses règles pour la première fois à 16 ans. La menstruation était régulière, l'écoulement sanguin durait huit jours.

Elle a été enceinte une fois ; la grossesse s'est terminée par un accouchement à terme au mois d'octobre 1878. Elle est restée au lit quinze jours, souffrant beaucoup d'une cystite qui avait commencé à se développer pendant la grossesse. Un mois après l'accouchement, en portant un fardeau, elle eut la sensation de « quelque chose qui se dérangeait dans le bas-ventre ». C'est depuis cette époque qu'elle est malade ; pendant dix-huit mois elle a porté une ceinture abdominale sans laquelle elle ne pouvait se livrer à ses occupations habituelles. Elle éprouvait des douleurs abdominales et des douleurs lombaires très vives, accompagnées d'irradiations douloureuses dans les membres inférieurs et de troubles digestifs variables. En outre, la constipation était habituelle et la défécation était douloureuse. Le 21 janvier 1881 la malade se présente à la consultation gynécologique de la Maternité. L'utérus est volumineux ; dans le cul-de-sac vaginal postérieur on trouve une petite tumeur irrégulière très douloureuse. Les règles reviennent régulièrement et durent huit jours. Diagnostic : pelvi-péritonite. Traitement : vésicatoire sur l'hypogastre.

Le 11 février 1881 la malade entre dans le service de M. Tarnier, au n° 4 de la salle Sainte-Marguerite. Elle éprouve des douleurs très

vives dans le bas-ventre et dans les cuisses quand elle a marché, qu'elle est restée longtemps debout ou assise. Elle est mise au repos absolu et l'on applique sur le bas-ventre un nouveau vésicatoire qui donne lieu à la formation d'un abcès de la paroi abdominale. Cet abcès, ouvert par le bistouri, a rapidement guéri.

Vers le milieu du mois de mars la défécation est devenue de plus en plus douloureuse et elle s'accompagne parfois d'un écoulement de sang peu abondant, phénomène que la malade n'avait pas encore remarqué. Après la défécation survient une douleur anale très violente qui dure au moins une demi-heure. L'examen de l'anus par écartement de ses plis montre l'existence d'une fissure à la partie antérieure; mais on voit mal cette fissure. M. Tarnier introduit alors le doigt indicateur de la main droite dans le vagin, le recourbe en crochet, et avec l'extrémité de ce doigt presse de haut en bas et d'arrière en avant la cloison recto-vaginale. Bientôt l'anus s'entr'ouvre et l'extrémité du doigt apparaît à l'extérieur et franchit l'anus en repoussant le rectum qui est retourné en forme de doigt de gant sur une hauteur de 3 centimètres. On voit alors parfaitement la fissure dont l'étendue est de 1 centimètre environ; elle siège sur le côté d'une hémorrhoïde qui a le volume d'une olive et qui est recouverte d'une grande quantité de petits vaisseaux sanguins fortement injectés. On panse la fissure avec une pincée de poudre d'iodoforme; puis le chirurgien retire son doigt et repousse la muqueusse rectale au-dessus de l'anus.

Le retournement du rectum et le pansement à l'iodoforme sont répétés plusieurs fois, notamment le 18 avril, en présence du Dr Pinard, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Ce pansement fait une fois seulement par semaine a produit un soulagement progressif, mais la guérison n'est pas encore complète. Aujourd'hui, 8 mai 1881, les douleurs abdominales et lombaires ont très notablement diminué; la tumeur que l'on sentait au-dessus du cul-de-sac postérieur du vagin a presque complètement disparu, mais elle reste douloureuse au toucher. La fissure est moins étendue, moins profonde que précédemment et saigne moins facilement. Cependant la malade souffre encore en allant à la garde-robe, mais ses douleurs sont atténuées et ne durent plus qu'un quart d'heure environ après la défécation, au lieu d'une demi-heure. Cette malade reste d'ailleurs en observation et M. Tarnier se propose de continuer les pansements à l'iodoforme en les répétant plus souvent.

SUR UNE

NOUVELLE APPLICATION DE L'ÉLECTRICITÉ AUX ACCOUCHEMENTS (1).

Par le Dr Georges Apostoli.

Messieurs,

Je viens vous faire part du résultat d'une nouvelle application de l'électricité aux accouchements ; depuis deux ans je l'ai expérimentée dans ma clientèle personnelle, je l'ai appliquée à tous les cas, à toutes les femmes presque sans exception, qui pendant deux ans ont réclamé mon assistance dans une couche ou fausse couche.

Je la formule ainsi :

Étant donnée une femme qui vient d'être délivrée d'un enfant à terme ou non, j'applique immédiatement et séance tenante à son utérus un courant faradique ou induit, engendré par une bobine à fil gros et court, et à intensité progressivement croissante ; je renouvelle cette opération de huit à dix fois, pendant six jours en moyenne, après un accouchement à terme et normal; quinze à vingt fois en moyenne pendant dix à quinze jours après une fausse couche, ou un accouchement laborieux. J'ai pour but d'aider, de hâter et de compléter l'involution utérine, pour abréger la convalescence et prévenir toutes les complications qui résultent de son arrêt ou de sa lenteur.

Qu'a-t-on fait jusqu'à présent dans la pratique courante pour une femme qui vient d'accoucher, dans l'intention d'accélérer et de compléter le retour à l'état normal d'une fonction physiologique éphémère qui vient de se terminer ?

La réponse est d'un mot : Rien. Or, l'opinion unanime des

(1) Communication faite à l'Académie de médecine de Paris dans la séance du 19 avril 1881.

accoucheurs et des gynécologues se trouve parfaitement résumée dans ces mots de M. Alphonse Guérin (1) : « Deux états physiologiques de l'utérus donnent la clé de presque toute la pathogénie des maladies inflammatoires de cet organe. C'est la *menstruation* et la *parturition.* » C'est de la *parturition* seule que je m'occupe ici. Que nous montrent en effet *la clinique* et *l'histologie?* La *clinique* se trouve tous les jours aux prises, et vous savez tous avec quelle abondance, avec cette suite infinie de troubles utérins qui, petits ou grands, constituent la maladie chronique dominante de cette époque ; le premier anneau de cette chaîne indéfinie est presque toujours la parturition.

L'*histologie* nous en donne le pourquoi : le travail d'involution, de régression utérine ne s'est pas effectué complètement; la dégénérescence graisseuse de la fibre musculaire, la résorption opérée par la circulation de retour n'ont pas subi leur complète évolution ; il reste une surcharge vasculaire ; l'utérus demeure gros, gorgé de sang ; c'est le stade du début de la maladie caractérisée par un *trouble circulatoire.*

Plus tard ce sont les *lésions trophiques* qui apparaîtront, caractérisées par une hyperplasie conjonctive pour les uns, musculaire pour les autres, anémiant et tuant par place la circulation utérine.

Ainsi, Messieurs, nos femmes de Paris, et surtout nos femmes chétive, fatiguées, soit par des diathèses, soit par des maladies antérieures, par un accouchement laborieux ou un accouchement précédent, sont journellement menacées d'être malades du fait d'une couche ou d'une fausse couche.

La civilisation et la maladie se donnent la main pour créer une prédisposition à un trouble de tous les jours, rebelle, souvent inguérissable, dit-on, et qui doit conduire bien des fois à la stérilité.

Un intérêt social, j'oserai dire humanitaire, se trouve donc en jeu et compromis. Je viens vous apporter un moyen prati-

(1) Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux internes de la femme. Paris, 1878, p. 4.

que de prévenir le mal, et vous dire en réponse à la question que j'avais posée tout à l'heure. Si l'on n'a rien fait jusqu'à présent pour la femme qui vient d'accoucher, il reste beaucoup à faire pour elle, et voici le moyen.

PROCÉDÉ OPÉRATOIRE. — Je me sers d'un appareil volta-faradique construit par Gaiffe sur les indications du Dr A. Tripier, dont on pourrait d'ailleurs faire varier sans grands inconvénients le volume ou la forme ; ce qui importe le plus, c'est d'avoir une bobine mobile, qui permette ainsi une graduation facultative et progressive du courant, de zéro au point maximum. L'utérus, en effet, supporte mal les surprises, et ne saurait tolérer d'emblée un courant induit d'une certaine intensité ; il faut l'y préparer par une progression croissante, débutant au point minimum.

Une pile quelconque peut faire fonctionner cet appareil ; mais il est préférable, pour les besoins de la pratique, de lui adjoindre une pile sèche, portative, de petit volume, telle que la pile au chlorure d'argent de Gaiffe, qui s'adapte très bien dans un petit casier de l'instrument ; deux de ces piles suffisent en général pour l'actionner.

L'appareil étant mis à proximité de l'opérateur, on introduit dans l'utérus lui-même, à une profondeur de 2 à 3 centimètres environ, une sonde métallique nue à son extrémité, et recouverte dans toute sa longueur d'une couche de tissu isolant ; on y adapte le rhéophore négatif ; cela fait, la femme étant couchée sur le dos, dans une position normale, les jambes modérément écartées, la main droite ou gauche de l'opérateur, suivant sa situation, tient la sonde immobilisée dans une position horizontale, en prenant au besoin un point d'appui sur le plan du lit.

La main restée libre applique au-dessus du pubis, en regard de chaque fosse iliaque, près de la ligne blanche, le rhéophore positif, qui est représenté par deux larges tampons de charbon de cornue à gaz, recouverts de peau de chamois largement imbibée d'eau ; l'étendue de la surface de ce pôle a pour but de répartir

l'entrée du courant sur une plus large surface, pour diminuer la résistance que la peau offre à son passage, assurer une plus grande étendue d'action, et amoindir le champ de la douleur.

Cela fait, si la femme se sent courageuse, on lui donne les deux manches à tenir elle-même, ou sinon on les confie à un aide.

Ce procédé de faradisation utérine dit *utéro-sus-pubien*, après une longue expérience me paraît être le meilleur, et bien préférable aux autres dits *sacro-sus-pubien* (1), ou *recto-sus-pubien;* la seule modification qu'on pourrait y apporter, si on n'osait, à tort, introduire la sonde dans l'utérus, c'est de l'enfoncer dans le cul-de-sac postérieur, appliquée contre l'utérus.

PREMIER TEMPS : *Prévenir la malade de ce qui va se passer*, pour éviter toute surprise chez elle, pour amener la tolérance, et pour que l'opération soit mieux conduite.

Toute la douleur doit être concentrée dans le ventre : dès le début, sous la forme de fourmillement; c'est la douleur cutanée qui commence; puis, par l'augmentation de l'intensité, elle doit se localiser sous les tampons, ou mieux entre les deux tampons au niveau de la ligne blanche, sous la forme d'une barre, d'un poids en travers, qui donne le plus souvent l'image nette de la douleur d'expulsion du fœtus; cette douleur est tout entière l'attribut de la contraction utérine.

Le point d'application de la sonde doit être absolument indolore; cela est très important, et la femme devra prévenir immédiatement l'opérateur dans le cas contraire; si la sonde est sensible, ou si la douleur s'irradie dans les jambes, cela prouvera que la sonde est mal placée, soit qu'elle butte trop fort contre une paroi utérine, produisant ainsi une douleur mécanique supplémentaire, soit que sa position favorise la diffusion du courant dans le plexus sacré, et par suite l'excitation des jambes.

(1) Le procédé sacro-sus-pubien n'est indiqué que chez la femme en travail, avant l'accouchement.

Il faut dans ces cas chercher immédiatement par tâtonnements, et par un déplacement souvent insensible de la tête de la sonde, la situation du bec la meilleure pour la concentration absolue de la douleur sous les tampons, c'est-à-dire pour la contraction utérine.

En cas d'insuccès, il faut interrompre et replacer la sonde à nouveau.

DEUXIÈME TEMPS : Les instructions étant données à l'accouchée, *on met, de la main libre, l'appareil en mouvement en abaissant le levier*; *puis on commence à faire avancer progressivement la bobine sans secousses et sans chocs ;* il faut employer une demi-minute environ à atteindre le maximum que doit supporter la malade, qui est du reste variable. Le premier jour, en raison sans doute de l'inertie utérine, la contraction est plus lente, et la femme peut généralement supporter le maximum de cet appareil (toute la bobine étant engaînée); les jours suivants, les deux tiers sont quelquefois suffisants pour obtenir une contraction ; du reste les utérus diffèrent assez les uns des autres à ce point de vue, mais il est toujours utile d'aller aussi loin que peut le supporter l'accouchée.

Le résultat immédiat à obtenir est de provoquer une contraction utérine qui est d'autant plus lente à venir que l'utérus est plus fatigué ; la femme l'accuse le plus souvent par une plainte, *sui generis*, comme dans l'accouchement, et par la réponse affirmative qu'elle fait à la demande que vous lui adressez, si elle a une barre en travers du ventre.

Dans le cas de doute, pour s'assurer que l'utérus est vraiment en état de tétanisation, et que les plaintes de la femme sont bien le résultat, non de la peur, mais d'une contraction utérine manifeste que l'on peut du reste en général constater par le palper, voici le réactif que je conseille : reculer brusquement la bobine de 2 à 5 centimètres ; si la femme accuse que tout est arrêté, qu'elle ne souffre presque plus, que rien ne va plus, comme elles le disent souvent, quoique le courant fonctionne encore, mais avec moins d'intensité, c'est que la contraction

était manifeste ; l'utérus, en effet, à l'état de tétanisation provoquée par une certaine intensité électrique, conserve quelques instants cette contraction, et est momentanément insensible à une dose moindre de courant.

La durée totale de chaque séance doit être de trois minutes environ, comptées à partir du moment où on a atteint l'intensité maximum ; on pourra l'abréger chez les femmes dont l'utérus paraît réagir très rapidement ; on devra la prolonger chez celles où l'atonie utérine est difficilement vaincue.

TROISIÈME TEMPS : Pour interrompre la séance il faut : *d'abord ramener la bobine en arrière*, puis lever le levier et retirer ensuite la sonde et les tampons.

Toute douleur est immédiatement suspendue et la femme accuse séance tenante un grand bien-être, caractérisé par ces mots : « Le ventre est moins lourd ; je me sens plus légère. » La douleur passée ne laisse aucun mauvais souvenir et la même séance peut être impunément recommencée trois et quatre fois par jour, s'il y a lieu.

Que fais-je ainsi, Messieurs, et comment justifier physiologiquement cette méthode ? Rien n'est plus simple. Nous savons en effet que tout courant induit qui traverse une région quelconque du corps fait contracter les muscles sous-jacents entre les points d'application ; or, cette contraction, quoique variable dans la forme et dans l'intensité, s'applique également aux muscles à fibres lisses et striées, et à ce titre les parois vasculaires engaînées dans les muscles, et possédant elles-mêmes des fibres lisses, ne sauraient échapper à cette contraction. C'est au Dr A. Tripier que nous devons la preuve clinique manifeste que le courant induit engendré par une bobine à fil gros et court fait contracter la fibre musculaire beaucoup plus puissamment que celui de la bobine à fil long et fin.

Eh bien, l'utérus, après la parturition, a une surcharge vasculaire et musculaire dont il doit se débarrasser ; pour que l'état normal se reconstitue, pour que la résorption de ce trop plein s'effectue totalement, la circulation doit reprendre tout

ce qu'elle avait apporté en excès, et, dans ce but, un supplément d'activité est nécessaire à la fibre musculaire lisse du tissu utérin et de la paroi vasculaire ; selon qu'elle sera, *oui ou non inerte, l'état pathologique ou normal sera constitué: tout le lendemain d'un accouchement est là.* Or, que fait la faradisation? Elle combat cette inertie si elle existe, ou la prévient dans les autres cas; elle augmente, par le jeu des parois vasculaires, le débit artériel et veineux; elle prévient la congestion ou mieux la stase veineuse; elle fait en un mot du drainage circulatoire.

Au total, elle sollicite l'involution utérine, l'accélère et la termine sûrement; elle ne permet pas à l'utérus de s'arrêter, ou de faire une halte dans la marche de son retrait. La faradisation est donc l'adjuvant ou le complément de la nature qui en a si souvent besoin.

Voilà pour la théorie, Messieurs, passons maintenant aux faits qui viennent la confirmer et la fortifier. Je vous apporte *trente-cinq* (1) observations que j'ai recueillies depuis deux ans; elles comprennent les cas les plus multiples et les plus variés, et peuvent se décomposer ainsi : 23 accouchements à terme et 12 fausses couches.

1° *Parmi les accouchements à terme*, je relève : 6 accouchements normaux (2);

17 accouchements anormaux ou laborieux dont :

3 cas d'inertie utérine (3) (1 compliqué du rétrécissement du bassin) qui ont exigé l'application du forceps;

4 cas d'inertie utérine (4) qui ont nécessité l'application de la faradisation avant l'accouchement, pendant le travail;

5 cas d'hémorrhagie (5) dont 2 pendant le travail, 2 avant la délivrance et 2 après la délivrance;

(1) Depuis le jour de ma communication à l'Académie le chiffre de mes observations s'est élevé de 32 à 35.

(2) Voir les observations nos 5, 6, 23, 24, 26 et 35.

(3) Voir les observations nos 10, 15 et 33.

(4) Voir les observations nos 1, 2, 8 et 12.

(5) Voir les observations nos 7, 9, 11, 13, 24 et 33.

2 cas de rétention du placenta (1), l'un de cinq heures et l'autre de quinze jours ;

3 cas de périmétrite puerpérale ou de pelvi-péritonite (2) ;

1 cas de présentation de la face (3) ;

2 cas de grossesse prolongée (4) ;

2° *Parmi les fausses couches*, je relève : 9 cas d'hémorrhagie (5), 4 avant la délivrance et 5 après la délivrance ;

7 cas de rétention du placenta (6), depuis un jour jusqu'à quinze jours de durée.

A tous ces *trente-cinq* cas, j'ai strictement appliqué le procédé que je viens de décrire, qui n'a varié que par le nombre des séances.

Ne pouvant vous lire toutes ces observations qui sont annexées à mon mémoire, je vais vous en donner la synthèse, et vous dire quel est l'enseignement clinique qui s'en dégage à mes yeux sous forme de conclusions :

1° *La faradisation de l'utérus est toujours absolument inoffensive.* — Si l'on en croyait en effet le préjugé public, et celui de beaucoup de médecins qui regardent l'electricité comme un médicament convulsivant, excitant et phlogistique, elle devrait provoquer des accidents graves ; or il n'en est rien ; *mes* 35 *observations me donnent un total de plus de* 500 *électrisations pratiquées sur l'utérus, soit à l'état de gravidité, soit à l'état de puerpéralité ;* 500, est-ce un chiffre suffisant pour juger une question clinique? Je me permets de le croire ; or, je n'ai jamais observé l'ombre de réaction inflammatoire locale ou générale.

2° *La faradisation est un calmant et un sédatif constant.* — D'une façon constante, en effet, les femmes se sentent immédia-

---

(1) Voir les observations nos 7 et 9.

(2) Voir les observations nos 16, 28 et 32.

(3) Voir l'observation n° 27.

(4) Voir les observations nos 7 et 31.

(5) Voir les observations nos 4, 17, 20, 21, 22, 25, 2[illegible], 30 et 34.

(6) Voir les observations nos [illegible], 18, 19, 21, 2[illegible], 30 et 34.

tement mieux après la séance; le ventre leur paraît plus léger, plus libre et plus souple; elles ont comme une sensation de vide; elles sont plus reposées et mieux disposées au sommeil; jamais je n'ai observé la moindre excitation du système nerveux.

3° *La faradisation abrège considérablement la convalescence, en accélérant l'involution ou le retrait de l'utérus, que l'on ne sent plus au-dessus du pubis, par le palper profond, du sixième au huitième jour en général.* — Les conséquences de cette impulsion rapide imprimée aux conditions physiologiques de régression de l'utérus sont multiples. En général, les femmes que j'ai soignées pendant toute la durée de leurs couches ont quitté leur lit progressivement une partie de la journée du quatrième au sixième jour; elles ont pu sortir librement à pied du cinquième au huitième jour, et cela sans malaise, sans complications d'aucune sorte, sans pesanteur dans le ventre, quoique toujours sans ceinture abdominale.

4° *La faradisation accélère la retour et l'exercice régulier de toutes les fonctions.* — Toutes mes accouchées ont uriné le premier jour et sans difficulté; toutes ont vu leur appétit réveillé immédiatement et ont pu, sur mon conseil, le satisfaire complètement dès le premier jour; toutes, sauf 2 (1), ont vu la lactation s'effectuer du deuxième au troisième jour, sans fièvre et sans malaise général, pouvant immédiatement, quand elles l'ont voulu, nourrir leur enfant.

5° *La faradisation préserve la femme de toutes les complications utérines qui sont le fait de l'accouchement.* — Elle assure en un mot son avenir utérin, et deux ans d'observations, pendant lesquels j'ai suivi régulièrement et pas à pas presque toutes mes accouchées, m'ont démontré qu'elles ne sont atteintes d'aucun désordre quelconque du côté des fonctions utérines; qu'elles jouissent à cette heure d'une bonne santé; aussi les multipares ont pu, en comparant cette couche à l'électricité

(1) Voir les observations nos 9 et 33.

avec les couches antérieures sans électricité, me dire hardiment combien elles se sont senties mieux plus vite, avec quelle rapidité leurs forces sont revenues, et combien leur état général et local s'est amélioré consécutivement.

6° *La faradisation est le vrai traitement préventif des déviations utérines suites de couches, comme la rétroflexion ou rétroversion.* — Elles résultent en effet souvent du retrait trop lent d'un organe gros, congestionné et mollasse, qui s'effectue dans un décubitus dorsal, le plus souvent trop prolongé ; or, par la contraction immédiate et puissante due à l'électricité, on restitue d'emblée à l'utérus sa place et sa direction normale, sans lui laisser le temps de s'infléchir ou de se dévier.

7° *La faradisation m'a paru diminuer l'écoulement lochial.* — J'assignerai plusieurs causes à ce résultat clinique : l'accélération du retrait de l'utérus ; la diminution rapide de sa surface traumatique ; l'efficacité de la contraction faradique pour combattre la surcharge vasculaire et la stase veineuse.

8° *Etant donné la même dose de faradisation, la contractilité utérine est très variable et est en raison inverse de son inertie.* — Plus faible en général après une fausse couche qu'après un accouchement à terme.

Plus faible après un accouchement laborieux, de longue durée, après une hémorrhagie abondante, chez une femme débilitée, fatiguée, lymphatique.

La conséquence clinique de ce fait est que la durée, le nombre et l'intensité des faradisations doivent être variables et toujours proportionnés à l'inertie utérine ; il faut toujours en effet proportionner l'action électrique à la réaction probable de l'utérus.

9° *L'action de la faradisation sur l'utérus comparée à celle du seigle ergoté est manifestement plus prompte et plus énergique.* — Sous l'influence du courant, l'utérus se contracte toujours dans une moyenne de trentes secondes à une minute, et cette contraction augmente avec l'intensité du courant pour ne disparaître qu'un temps variable après qu'il a cessé.

En résumé, Messieurs, je conclus, que la faradisation utérine bien appliquée après l'accouchement doit prendre rang dans la thérapeutique obstétricale, et y occuper une place importante à côté du forceps et de la version.

C'est une merveilleuse méthode, par son application simple, son dosage facile, son action rapide et énergique, qu'on peut interrompre et renouveler à volonté.

J'ai appliqué ce procédé uniforme dans un but, constamment rempli, *d'utilité immédiate et éloignée : immédiate, pour accélérer l'involution utérine, diminuer la convalescence, et restaurer la femme le plus promptement possible, ce qui devrait avoir un retentissement salutaire dans la classe ouvrière ; dans un but éloigné, pour prévenir toute complication utérine, élevant ainsi la méthode à la hauteur d'un rôle prophylactique vis-à-vis de la métrite ou de l'engorgement ultérieur, et étant de plus convaincu qu'elle pourrait prévenir une des causes les plus fréquentes de stérilité.*

Voilà, Messieurs, ce que j'ai fait, et j'affirme que si cette application n'est pas toujours nécessaire, elle m'a du moins toujours paru utile et inoffensive.

Je dois en finissant rétablir la vérité historique. Le D[r] A. Tripier, mon maître en électro-thérapie, auquel on doit de si remarquables travaux sur les autres indications obstétricales, dont j'aurai l'honneur plus tard de vous entretenir, telles que l'inertie et l'hémorrhagie, est le premier qui ait osé faradiser l'utérus après l'accouchement et qui ait posé, seulement d'un mot, l'indication de la méthode pour accélérer la convalescence (1).

J'ai apporté à ce procédé le tribut de deux ans de recherches ; je l'ai justifié et généralisé ; j'ai indiqué sa raison d'être, ses moyens, son but, et l'avenir qui lui est réservé.

---

(1) *Des applications obstétricales de l'électricité*, par le D[r] A. Tripier. J.-B. Baillière, Paris, 1876.

Electrologie médicale, par le D[r] A. Tripier. J.-B. Baillière, Paris, 1879.

DES VARICES
PENDANT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT.

Par le Dr Queirel (de Marseille).

(SUITE ET FIN) (1).

Symptomatologie. — Les symptômes des varices sont bien faciles à étudier : c'est d'abord une gêne, une pesanteur dans le membre affecté ; c'est une douleur sourde, erratique, non très vive, accompagnée quelquefois d'un sentiment de chaleur dans toute la partie. C'est encore une démangeaison quand le membre est échauffé ; une sensibilité de la plante des pieds ; une paresse à marcher. C'est aussi un œdème plus ou moins grand, qui se montre d'abord au-devant de la malléole externe, sur le dos du pied, au talon, aux chevilles ; qui disparaît par le repos et la position horizontale, puis reparaît plus accentué et augmente de bas en haut, surtout dans les derniers temps de la gestation. Quelquefois les cuisses, le bas-ventre, la vulve, participent souvent à cette enflure; qui s'accompagne souvent d'hémorrhoïdes, soit externes, soit internes. En même temps, la peau, plus blanche à cause de sa distension et de la laxité qui en résulte, est sillonnée de veines bleuâtres ; les petits vaisseaux se voient aussi par transparence et persistent même après que les gros troncs sont dégonflés. A un degré plus avancé, les veines deviennent noueuses ; ce sont de gros cordons durs, qui se gonflent sous l'action de la chaleur et de la fatigue, qui forment un relief sur la peau amincie. Celle-ci devient dans ces régions, rouge et luisante, et ces phénomènes sont d'autant plus marqués que la veine est plus près de s'enflammer. C'est dans ces conditions qu'un coup léger ou une cause quelconque d'inflammation peut amener l'ulcération de la peau et la rup-

(1) Voir le numéro d'avril, p. 275.

ture de la varice. Concurremment se rencontrent des hémorrhoïdes, avons-nous dit ; elles peuvent être fluentes et fournir ainsi une plus ou moins grande quantité de sang, comme nous l'avons vu dans l'observation relatée plus haut. Dans ce cas, elles amènent le dégorgement du système sanguin et peuvent pallier les causes de rupture et les inconvénients qui en résultent.

Bien autrement importants sont les accidents des varices des membres. Ce sont l'inflammation et la rupture, c'est-à dire l'hémorrhagie. Nous avons déjà vu que durant la grossesse les varices pouvaient être le siège de phlébite. Cet accident a une grande gravité, car on n'est pas toujours assez heureux pour pouvoir compter sur la phlébite adhésive, et alors l'affection, déjà si redoutable par elle-même, l'est encore plus à cause de l'état de la femme. Je n'ai pas à décrire ici la phlébite superficielle : il me suffit d'en signaler l'importance.

Quant à l'hémorrhagie, elle peut avoir lieu sur un vaisseau variqueux déjà existant avant la période de gestation, ou bien résulter de la rupture actuelle de la varice. Cette rupture peut arriver à la suite d'une violence extérieure : coup, chute, froissement par un corps dur, ou bien par le fait de l'inflammation qui provoque l'érosion de la peau et du vaisseau sous-jacent. Dans les deux cas il y a écoulement de sang plus ou moins abondant et nous avons vu que cet écoulement pouvait être mortel. Il s'écoulera en plus grande quantité à la suite du traumatisme qu'à la suite de l'inflammation, car, dans ce dernier cas, la formation de caillots peut obstruer ou tout au moins diminuer le calibre du vaisseau. Certainement les accidents de cette nature sont rares, mais ils sont d'autant plus dangereux que, lorsqu'ils arrivent, on est moins préparé contre une si fâcheuse éventualité. L'écoulement du sang effraye la malade, les assistants, et l'on appelle le médecin quand déjà un temps précieux a été perdu. L'hémorrhagie d'une rupture ne récidive guère, si l'on prend contre elle des moyens bien simples, mais appropriés ; celle qui suit l'inflammation peut se reproduire à intervalles plus ou moins rapprochés, tout en étant moins abondante.

Enfin, à la suite de l'inflammation, il peut aussi se former dans les membres des abcès qui seront toujours une complication fâcheuse et dangereuse.

Parlerai-je du diagnostic des varices? il est en réalité tout fait de *visu*.

Quant au pronostic, nous dirons qu'il est très variable.

En général, il est peu grave. Il y a beaucoup de variqueuses et peu d'accidents; mais il est pourtant tel genre de varices qui feront réserver ce pronostic. Outre les dangers auxquels exposent les accidents possibles que nous venons de mentionner, le pronostic est encore fâcheux à un autre point de vue. C'est que la grossesse peut être compromise. Les complications, menaçantes pendant plusieurs mois, peuvent, soit par l'hémorrhagie, soit par l'inflammation, provoquer la mort du fœtus, provoquer l'avortement. Cette solution fâcheuse est rare, nous l'avons dit, parce que les accidents sont rares, mais elle l'est moins quand les varices des membres se compliquent de varices vaginales ou vulvaires.

Quelle influence les varices ont-elles sur l'accouchement?

En dehors de la perte, elles ne pourraient guère en avoir et je ne suis pas bien sûr, quoi qu'en disent les femmes atteintes de varices, que la perte soit plus abondante dans ces cas que dans les autres. Ne devrait-on pas attribuer l'abondance de l'écoulement sanguin qui accompagne ou suit la délivrance, à la constitution plutôt qu'à la phlébectasie? Je le croirais, car, parmi les variqueuses que j'ai interrogées; ce sont seulement les femmes à tempérament sanguin qui m'ont répondu par 'affirmative.

Quelle influence peuvent avoir les varices sur les suites de couches?

Elle n'est pas très marquée; car, sur 47 cas d'accidents puerpéraux rapportés par Béhier, il y avait seulement six femmes atteintes de varices. Sur 154 cas, rapportés par M. Hervieux, je compte seulement sept femmes variqueuses et je n'en vois aucune de ces sept ni dans les cas d'hémorrhagies puerpérales, ni dans les cas de ruptures utérines ou vaginale, ni dans les

déchirures du périnée, ni dans les albumineuses, ni dans les phlegmasia alba dolens, ni enfin, et ceci est à remarquer, dans les cas de thrombus. Sur 8 phlébites, 7 appartiennent à des femmes variqueuses; d'où nous pouvons conclure que les varices ne prédisposent les femmes aux accidents puerpéraux que dans une petite mesure, et que, parmi ces accidents puerpéraux, le plus à redouter est la phlébite, et encore devons-nous ajouter que ces phlébites le plus souvent superficielles, affectent un degré moins grand de gravité.

Traitement. — Tous les auteurs s'accordent à dire qu'il est des varices qu'il faut respecter et ne pas chercher à guérir. De ce nombre sont les varices de la grossesse. Nous devons les protéger, les contenir par un bas, un bandage, une compression douce et méthodique, par le repos, la position horizontale, la déplétion du rectum; mais nous ne devons pas diriger contre elles de moyens thérapeutiques. Dans les cas de phlébite, les antiphlogistiques et les émollients; dans les cas d'hémorrhagie, la compression directe et les réfrigérants ; la position inclinée du membre, du pied à la racine, sera recommandée comme un puissant adjuvant. Enfin, la guérison des accidents obtenue, il faut revenir au bas élastique ou au bandage roulé. Quelques auteurs ont prétendu qu'en comprimant les varices on refoulait vers les parties génitales le sang des extrémités inférieures, et qu'on pouvait ainsi déterminer des accidents. Peut-être une forte et énergique compression amènerait-elle ce résultat, en gênant la circulation artérielle aussi, mais je doute qu'en agissant par les palliatifs que nous avons proposés, on ait jamais à s'en repentir.

Varices des parties génitales, — C'est à dessein que nous avons parlé, dans la première partie de notre travail, exclusivement des varices des membres inférieurs. Sans doute, les généralités dans lesquelles nous sommes entré s'appliquent aussi aux varices génitales; mais celles-ci méritaient une description spéciale et certains points de leur histoire demandaient à être mis en lumière dans un chapitre particulier.

Les varices vulvo-vaginales se montrent souvent avec celles des membres abdominaux, mais elles peuvent aussi exister seules.

Elles sont généralement accompagnées d'œdème de la vulve, surtout des grandes lèvres, mais elles se montrent aussi sans enflure, comme dans l'observation III. Alors elles siègent à la face interne des grandes lèvres, sur la face externe des petites; d'un côté, en formant à l'anneau vulvaire une sorte de croissant; ou bien des deux côtés, en lui formant comme un collier. Elles peuvent s'étendre plus loin et ramper dans la paroi postérieure et sur les côtés du vagin, affectant une disposition longitudinale. Je signalerai la coexistence d'hémorrhoïdes et une disposition qui n'est pas très rare chez les multipares dont la fourchette ou le périnée a été déchiré dans un premier accouchement. C'est une varice, à cheval en quelque sorte sur l'éperon que forme la cloison recto-vaginale. Quand ces dilatations variqueuses siégent plus profondément, le toucher peut les faire reconnaître jusque sur le col utérin ou dans les culs de sac vaginaux. Mais le plus souvent, l'enflure fait disparaître leur saillie et nivelle la muqueuse œdémateuse. C'est la fréquence de l'œdème qui a fait confondre le thrombus vagino-vulvaire avec les varices vulvo-vaginales proprement dites; et les accidents que l'on attribuait à celles-ci devraient être aujourd'hui examinés de plus près. Comme il est facile de tomber dans les extrêmes, en médecine surtout, on refuse presque à peu près complètement aujourd'hui aux dilatations variqueuses un rôle dans la pathogénie du thrombus. Nous croyons que les phénomènes de compression des vaisseaux pelviens, que le refoulement de haut en bas du sang qu'ils contiennent, que l'accroissement du volume et la mollesse des parois qui en résultent, agissent plus favorablement dans le cas de varices vulvo-vaginales préexistantes, pour déterminer la rupture de ces vaisseaux que celle d'autres aussi distendus, mais non préparés; mais nous ne croyons pas que la compression utérine, etc., agisse ici plus efficacement dans la pathogénie même des varices que pour les membres inférieurs. Des observations nom-

breuses que nous avons parcourues, il résulte que le thrombus vulvo-vaginal, accident toujours redoutable, se produit aussi souvent chez les femmes exemptes de dilatations variqueuses, que chez celles qui en sont atteintes. M. Périet a à cet égard établi une théorie sur le décollement de la cloison postérieure du vagin qui explique par un autre mécanisme, que la rupture variqueuse, le développement des tumeurs sanguines. Dans bien des cas, à l'autopsie, on n'a pu reconnaître, ni trouver la veine dilatée, coupable du délit; d'autres fois, on a trouvé du sang autant artériel que veineux et dans un cas où l'on a injecté, par les troncs veineux et artériels, du liquide coloré, on a trouvé qu'il se montrait en nappe à la surface de la poche sanguine aussi bien par un ordre de vaisseaux que par l'autre. D'où l'on pourrait conclure que le rôle des veines n'est pas prépondérant.

Cependant il convient de se rappeler que le plexus vaginal est un lacis vasculaire extrêmement développé, surtout à l'orifice vulvaire qu'il entoure de toutes parts de plusieurs séries d'anneaux anastomotiques; qu'il communique avec le plexus vésical en avant, et en arrière avec le plexus hémorrhoïdal, de façon que tous les plexus pelviens sont associés, dans l'activité circulatoire et la turgescence vasculaire qui accompagnent la période de la gestation. Les racines du plexus vaginal sont dans la muqueuse du vagin, membrane fort mince et dont l'épaisseur est encore diminuée par la desquamation épithéliale dont elle est le siège constant. Enfin, l'anneau vulvaire est érectile, de grosses veines partént du bulbe du vagin et tout cet appareil veineux est fort bien disposé et préparé, — nous signalons encore les valvules, — pour se rompre sous un effort longtemps prolongé.

Cruveilhier considérait les plexus pelviens comme établissant une communication très importante et très considérable entre les veines de la moitié droite et celles de la moitié gauche du corps. Cette observation du grand anatomiste nous donne une idée du nombre et de la variété des anastomoses de ces

plexus et aussi nous explique la rapidité et la gravité des épanchements sanguins quand ce lacis vasculaire est déchiré dans un point quelconque de sa continuité. Il ne conviendra pas de confondre les déchirures des vaisseaux simplement dilatés avec les déchirures de varices et il ne faudra pas prendre, comme dans l'observation X, un épanchement de sang hors d'un vaisseau et se voyant sous la muqueuse par transparence avec le développement instantané d'une varice qui n'existait pas. S'il est vrai, comme le dit M. Hervieux, dans l'important article qu'il consacre au thrombus, que les varices ne jouent aucun rôle marqué dans le développement de cet accident; s'il est vrai, comme le disait Laboué à l'Académie de médecine, en 1860, qu'il paraît impossible d'admettre l'influence prédisposante d'affections préexistantes, comme les varices; s'il est vrai qu'il ne faut pas se borner à lire ce titre des observations des auteurs anciens, même des plus pratiques comme Mme Lachapelle qui cite trois cas de thrombus dont un seul avec varices probables sur les parties latérales du vagin, qui cite aussi quatre exemples d'hémorrhagie par rupture d'une varice vaginale ou vulvaire dont un seulement (le 4°) est explicite; s'il est vrai qu'on peut quelquefois deviner qu'on a eu affaire à une varice par la nature de l'écoulement qui a eu lieu comme dans la saignée (1re obs. de Mme Lachapelle, p. 197, t. III), il n'en est pas moins certain qu'il est des cas très authentiques où les varices constatées ont été la cause première du mal. Nous ne donnerons encore ici aux phénomènes de compression que le rôle de toutes les causes déterminantes, au même titre que les violences ou les manœuvres obstétricales. Nous ne serons pas aussi exclusifs que les médecins d'il y a quarante ans, qui admettaient que le thrombus vulvaire reconnaissait toujours pour cause prédisposante les varices des parties sexuelles, mais nous admettrons que cette prédisposition est quelquefois très efficace et expose davantage aux accidents que l'on redoute justement. Aussi, l'on trouvera plus loin onze observations de thrombus où il existait des varices qui se sont rompues et ont donné

lieu à l'épanchement, et dans l'observation XV surtout, peut-on attribuer à toute autre cause le thrombus et la mort de l'accouchée.

Il convient d'étudier ces sortes de varices pendant la grossesse d'abord et ensuite pendant le travail de l'accouchement.

Pendant la grossesse, elles ne donnent lieu en général a aucun symptôme, et bien des femmes ne s'en aperçoivent pas. Quelquefois les varices vulvaires donnent un sentiment de pesanteur, de gêne, pendant la marche ou dans la station assise. Souvent aussi il y a un suintement de mucus qui baigne la vulve, et si l'on examine la muqueuse on la trouve mouillée, de couleur violacée, lie de vin, et l'on voit les traînées bleuâtres des varices. Suivant le siège de ces varices, on peut observer de petits écoulements sanguins. Dans le coït, par exemple, quand le col est le siège des varices, comme dans le cas de Montgomery (obs. VII), ou après la marche, où un froissement des parties qui ont pu amener une petite déchirure, comme dans le cas du Dr Girard (obs. VII). Ces hémorrhagies peuvent être confondues, si l'on n'examine pas la femme avec attention, avec une insertion anormale du placenta surtout quand elles se montrent à la fin de la grossesse et se répètent de temps en temps. Il faudra se livrer à un examen, facile si la source d'écoulement est à la vulve, plus scrupuleux si le sang vient du fond du vagin ou du col. Alors le spéculum peut devenir nécessaire, mais si la rupture est large, l'hémorrhagie peut être mortelle; heureusement il est excessivement rare, pendant la grossesse, que la rupture soit spontanée, ce qui est fréquent à la fin, au moment du travail. Le résultat de ces écoulements sanguins, abondants ou souvent répétés, s'il n'est pas fatal pour la mère, peut du moins compromettre la grossesse et amener la mort de l'enfant, quoique rarement, les femmes peuvent aussi succomber très rapidement à la suite d'une perte abondante, de cette cause.

Le pronostic est donc réservé et il ne faut pas perdre de vue les précautions nécessaires qui permettront d'éviter les accidents durant la grossesse. C'est un traitement palliatif (repos,

compresses froides ou trempées dans un liquide résolutif, eau blanche, éviter les grandes marches, les fatigues de toute espèce, le coït).

Dans les cas où la peau ou la muqueuse ne s'est pas fendillée, ne s'est pas déchirée, l'écoulement de sang ne se fait pas au dehors, mais le sang s'épanche dans le tissu cellulaire, ambiant et comme il trouve là des conditions de laxité et de glissement favorables, il peut donner lieu à des tumeurs, dites sanguines, dont le volume ira en augmentant, à mesure que la grossesse approche du terme et pourra avoir un dénouement fatal (comme dans l'obs. XII).

Pendant l'accouchement, les varices des parties génitales doivent être surveillées avec sollicitude. Elles se gonflent beaucoup sous l'influence du travail, et quand celui-ci est régulier et par trop prolongé; en général, il n'y a pas d'accidents et l'on n'a rien à redouter; cependant, il faut s'assurer qu'après la délivrance, il n'y a pas d'écoulement de ce chef, ni de tumeur sanguine. Quand la parturition est longue, que l'accouchement est laborieux, soit par étroitesse du bassin, par défaut de rapport du volume fœtal et des parties maternelles, soit par toute autre cause retardant le travail et prolongeant la compression des troncs, amenant le refoulement plus énergique du sang dans les veines pelviennes, soit encore nécessitant des manœuvres obstétricales, longues et douloureuses, les chances de rupture et d'épanchement sont bien plus considérables. Ces causes, impuissantes à produire des dilatations vraiment variqueuses, sont suffisantes pour déterminer la rupture des varices qui existent. Or, la rupture d'un vaisseau, dans ces conditions, est toujours une chose grave, mais la gravité pourtant varie suivant le moment où se fait la rupture et l'abondance de l'écoulement.

Les symptômes par lesquels se manifestent ces deux complications sont une douleur vive, très forte, prolongée et qui ne ressemble en rien aux contractions utérines. Le travail commence bien, puis tout d'un coup une douleur violente se manifeste dans les parties affectées et le travail s'arrête ou languit.

En même temps, formation de la tumeur, ou au moins de la tuméfaction, dans une région des parties sexuelles, souvent une des deux grandes lèvres. La tumeur est mollasse, se réduit quelquefois (obs. XVIII), d'autres fois met obstacle à l'accouchement; c'est alors que les manœuvres de l'accoucheur peuvent en amener la déchirure, suivie immédiatement d'un écoulement de sang. Si la déchirure est grande, l'écoulement sera rapide et abondant; si elle est petite et directement sur le vaisseau, il peut y avoir un jet comme dans la saignée; si au contraire il y a plusieurs petites ouvertures ou que le sang vienne du col utérin, le liquide sanguin coulera en bavant. Mais dans tous les cas ces phénomènes locaux ne se passeront pas sans que l'état général de la femme ne soit violemment éprouvé. On le voit, dans toutes les observations les symptômes de l'hémorrhagie ont été très accentués chez les accouchées, et les syncopes quelquefois mortelles.

Mme Lachapelle a fait remarquer, au point de vue du diagnostic, que l'écoulement sanguin était continu, aussi bien pendant les douleurs que dans leur intervalle; que le sang ne se mêlait au liquide amniotique que hors des organes génitaux. Ce qui permet de se convaincre que le sang ne vient pas de l'utérus.

Quand le travail marche régulièrement, que les contractions se succèdent, si la rupture se produit, l'engagement de la tête peut, en comprimant la varice, arrêter momentanément la perte et éviter ainsi l'affaiblissement de la mère, mais malheureusement quelquefois la tête n'est pas engagée, ou le fœtus présente l'épaule, ou le bassin est rétréci, et alors on est obligé, si la rupture est produite, de comprimer avec les doigts ou des compresses la partie d'où s'écoule le sang. Mais il y a une loi impérieuse, celle de terminer au plus tôt l'accouchement; à moins que les manœuvres nécessaires ne compromettent de nouveau les jours de la femme, en faisant réapparaître la perte. Quelquefois, la tumeur se forme pendant le travail, mais la rupture et l'hémorrhagie ne se font qu'après l'accouchement et la délivrance, soit immédiatement, soit par le détachement d'une plaque gan-

gréneuse qui s'est formée sur les tissus contus et décollés. Ces cas présentent aussi une grande gravité, à cause des accidents nombreux auxquels la femme est soumise durant ce travail d'élimination et durant l'état puerpéral.

Si la tumeur ne gêne pas l'accouchement, il faut la respecter, à moins qu'elle ne grossisse rapidement, auquel cas il faudrait se comporter comme si elle gênait les manœuvres obstétricales, et l'ouvrir largement, mais en se tenant prêt à comprimer le foyer, quand on l'aurait évacué de tous les caillots et de tout le sang qu'il contiendrait.

Enfin les varices peuvent siéger dans le plexus sous-ovarique et l'on sait que bien des auteurs, entre autres M. Richet, ont attribué à ces dilatations variqueuses et à leur rupture, la formation de l'hématocèle périutérine.

Je ne puis entrer dans l'étude pathogénique de cette nouvelle affection dont l'histoire ne se rattache pas directement à notre sujet. C'est en effet plutôt avec la menstruation et l'évolution de la vésicule de de Graaf que doit se traiter cette question de l'hématocèle. Des quatre-vingt-deux observations de M. Poncet, de Lyon, publiées dans sa thèse d'agrégation, pas une fois on ne trouve comme cause d'hématocèle périutérine les varices des vaisseaux tubo-ovariens. C'est un motif suffisant pour ne pas entrer dans de plus longs détails.

Voir les observations I et II, page 288, nº d'avril.

Observation III. — Mme A. Mariée, 27 ans, employée dans une maison de fruits secs, a de nombreuses varices sur les pieds, les jambes, les cuisses et la vulve. Sa mère en avait. Elle-même, avant sa première couche, avait des veines marquées sous la peau. Je la vois pour la première fois en novembre 1878, elle est enceinte de six mois et pour la cinquième fois. Ses varices sont très enflées. Elles sillonnent l'entrée du vagin et sont aussi très marquées sur le clitoris.

Elle nous raconte qu'après une première couche heureuse, elle a eu d'abord une hémorrhagie veineuse du vagin, elle perdit beaucoup de sang, l'enfant mourut et elle ne tarda pas à avorter. Elle a eu en-

suite un deuxième enfant à terme, sans accident. Le 5 décembre 1872, sa grossesse a bien 7 mois. Elle va à un mariage, danse, — c'était un jeudi ;—le lendemain elle fait les eaux et n'accouche que le lundi d'un enfant mort; présentation du siège. La mère se porte bien. La rupture de la poche des eaux avait été precédée d'une perte rouge peu abondante.

Observation IV.—Mme Aicardi a eu sept enfants, tous bien forts et très gros. Elle est d'un tempérament sanguin. Elle a aujourd'hui 48 ans et elle est encore réglée. Au mois de décembre 1878 elle s'est donné une entorse qui a mis longtemps à guérir, à cause de l'œdème entretenu par les varices. Dans ses couches, elle a toujours beaucoup perdu, mais n'a jamais eu d'accidents; pourtant ses veines sont énormes quand elle est enceinte, et forment un relief luisant et violacé très menaçant. Les deux membres inférieurs sont atteints jusqu'au haut des cuisses. La vulve est libre et exempte de ces complications.

Depuis son accident elle porte un bas lacé qui est devenu absolument indispensable. Bien que son mari soit très variqueux aussi, aucun de leurs enfants, — ils ont une fille de 20 ans, — n'a été atteint de varices.

La sœur de Mme Aicardi, femme de 58 ans, a toujours été abondamment réglée. Elle est à l'époque de la ménopause. Elle est variqueuse depuis une couche, la seule qu'elle ait eue, il y a 30 ; ans je l'ai soignée pour un ulcère variqueux en 1876. Depuis elle porte un bas lacé, va très bien, mais ses varices sont toujours apparentes.

Observation V. — Mme Tiran a eu treize enfants, tous à terme, tous sont venus par la tête, jamais d'hémorrhagie. Suites de couches très heureuses. Dès sa première grossesse, elle a eu des varices et ces dilatations variqueuses sont toujours allées en grossissant.

Aujourd'hui elle a 48 ans, est toujours réglée, mais souffre beaucoup de ses jambes quand elles ne sont pas comprimées. Elle préfère le simple bandage roulé aux appareils compressifs. Sa mère, qui avait 72 ans quand je l'ai connue, était variqueuse. Elle avait à cet âge-là des varices très apparentes et très gonflées.

Observation VI. — Mme Lamy, concierge d'un moulin au quartier de la Viste, a 33 ans. Elle a des varices sur les jambes, qui s'arrê-

tent au creux poplité. On dirait que les petits vaisseaux ont été injectés. — Ce sont des varices serpentines zébrant les membres abdominaux sur toute leur surface. Ces varices ont apparu pour la première fois dans sa première grossesse. Alors elles étaient très rouges et très gonflées ; puis elles se sont affaissées et n'ont plus fait de relief, mais ont laissé une coloration qui dessine le trajet des veines dilatées. Ces phénomènes se sont reproduits à une seconde grossesse pour disparaître encore de la même façon. — Elle a eu deux filles. — Aujourd'hui, il y a cinq ans que Mme Lamy n'est plus réglée. — Elle n'a jamais eu d'accident, ni dans ses couches, ni à ses époques menstruelles, mais elle a une suffocation qui remonte à quelques années. Le pouls et l'auscultation rendent parfaitement compte de cette difficulté de respirer, légère alors, plus marquée aujourd'hui et se reproduisant par crises de plus en plus fortes. — Il y a de l'orthopnée, de l'intermittence dans le pouls, qui est faible et dépressible. — La malade est tracassée par l'insomnie, un cauchemar la réveille brusquement quand elle commence à s'endormir.

Elle tousse, on entend en auscultant la poitrine quelques râles sous-crépitants et ronflants. Bien que l'auscultation du cœur ne fasse percevoir aucun bruit de souffle, il n'est pas douteux qu'on ait affaire à une affection cardiaque, probablement une insuffisance mitrale. — Œdème des extrémités. (Cette malade a succombé ces jours-ci, 10 avril 1879.)

Observation VII.—Le Dr Girard, professeur de clinique médicale à Marseille, a observé une dame arrivée au cinquième mois d'une seconde grossesse, qui eut une hémorrhagie assez abondante. Il la fit coucher et fit mettre de l'eau froide sur la vulve, au moyen de compresses et d'un bandage. L'écoulement s'arrêta. — Quelques jours après, nouvelle hémorrhagie, plus abondante et assez inquiétante même. Il demanda à examiner la malade et trouva que l'hémorrhagie provenait de la rupture d'une varice de la grande lèvre gauche, — elle était grosse comme le pouce. L'eau froide et le repos suffisent encore à l'arrêter. Le médecin recommande l'éloignement du mari, car il suppose avec juste raison que la rupture variqueuse a été déterminée par le coït. Cette dame arriva à huit mois et demi et accoucha de deux jumeaux. Les suites de couches furent normales, plus d'hémorrhagie, — pas de varices des membres inférieurs. — On ne

s'était pas aperçu non plus de pareils accidents à la première grossesse.

Observation VIII. — Une dame affectée de varices des membres inférieurs, varices qui remontaient très haut et que l'on pouvait suivre jusque dans le vagin, fut prise, très peu d'instants après un accouchement des plus faciles et des plus naturels, d'une terrible hémorrhagie fort inattendue, car l'utérus était bien revenu sur lui-même (syncope alarmante pendant cinq à six heures, les pulsations cardiaques se sentent à peine). L'utérus était toujours contracté, mais la lèvre antérieure du col était mollasse, réduite en une espèce de pulpe d'où s'écoulait le sang continuellement. Enfin la femme reprit connaissance et guérit. (*Arch. méd.*, 1852. Montgomery.)

Observation IX. — Une femme puissante, 23 ans, accouchait de son premier enfant, quand elle fut prise des plus vives douleurs au passage de la tête (la position était normale). Le périnée très distendu se rompit. Peu après la naissance de l'enfant, hémorrhagie très abondante, syncope, convulsions et enfin en dix minutes la malade succomba.

Autopsie. — On constata que l'utérus contracté était vide de sang. Mais qu'il y avait eu rupture de varices vaginales et rupture du périnée. Cela avait eu lieu pendant le travail (*Gaz. des Hôpitaux*, 1860).

Observation X. — Femme, 37 ans, petite stature, bonne santé, a eu six enfants sans le secours de l'art. Un an auparavant fausse couche de trois mois. Le vingt avril 1829, à 7 heures du soir, entre en travail, à 10 heures rupture de la poche. Douleurs faibles et rares, à minuit forceps. Après plusieurs tractions, la tête descend dans l'excavation et il se développe une varice de la grande lèvre gauche qui se déchire et donne lieu à une perte dangereuse de sang plus artériel que veineux. L'accoucheur ne persiste pas dans ses tractions, mais il comprime pendant trois heures avec les doigts, — puis le sang ayant cessé de couler, nouvelle application de forceps non sans difficulté. Plus rien de particulier, délivrance, plus d'écoulement, la femme se rétablit complètement. (*Arch. méd.*, 1835 Valdam.)

Observation XI. — Femme de 44 ans, grande, bien constituée, tempérament sanguin pur, se livrait habituellement aux travaux de la campagne. Dixième grossesse. — Ventre très volumineux, nombreuses varices aux jambes qui l'ont beaucoup incommodée lors de ses dernières grossesses; pendant celle-ci, plusieurs saignées. — Présentation de l'épaule, procidence du bras, traction de la sage-femme sur celui-ci, — fracture de l'humérus, — séparation de l'épaule, — enfant mort, etc.; trois jours de travail. — L'accoucheur tente la version; un doigt dans le vagin de l'enfant la facilite, comme dans le procédé de M. Guéniot; cependant au moment de l'extraction, rupture d'une ou plusieurs varices volumineuses de la lèvre droite. Le sang en s'y épanchant avec rapidité avait tellement distendu cette grande lèvre, qu'il s'y fit une large déchirure. Le liquide s'échappait, par un jet de la grosseur du petit doigt, de cette partie de la vulve, qui avait encore le volume d'une grosse pomme et dont l'aspect était bleuâtre. On cessa les manœuvres obstétricales, — compression et réfrigérants, — puis au bout de quelque temps, douleurs manifestes, expulsion de l'enfant facilitée par de nouvelles manœuvres qui ont été sans danger, la compression étant continuée. — Suites de couches heureuses; cicatrisation au bout de dix jours. (*Arch. de méd.*, 1832. Pingeaux, de Dijon.)

Observation XII. — Femme de 30 ans, troisième grossesse, — les autres rien d'anormal. A la fin de celle-ci, elle remarqua une tumeur molle, sortant du vagin. La sage-femme appelée reconnaît une varice. Saignée soulagement, mais non disparition. La tumeur continue de grossir, d'ailleurs la femme se portait bien et ne se plaignait jamais de douleurs. Durant le travail, au moment où la tête plongeait dans l'excavation, la tumeur se rompit, laissa s'échapper 6 à 7 livres de sang. — La malade s'évanouit et eut une syncope mortelle, malgré les soins du Dr Steudel. — La tumeur était vidée, sa cavité pouvait contenir le poing. (Mnd... *Correspondenz-blatt*, 1834. 201).

Observation XIII. Dans le même journal.

Femme, forte constitution, 41 ans, mère de quatre enfants, mis au monde toujours après un travail difficile ; au terme de sa cinquième grossesse, douleurs de l'accouchée, travail lent et douloureux. La sage-femme s'aperçoit d'une tumeur bleue, située sur la grande

lèvre gauche, plus grosse que la tête fœtale. — Le travail s'arrête et le Dr Ehasser fut mandé; mais il n'arriva que trop tard, — la tumeur s'était rompue tout à coup; et avec éclat et du sang noir s'écoulait avec une telle abondance que la femme fut prise de convulsions et succomba un quart d'heure après. — Forceps, etc.

Autopsie. — Utérus vide de sang, — grande lèvre gauche œdémateuse, tumeur volume d'un œuf à sa base et à son côté interne, dichirure d'un pouce et demi de longueur. — Vaste poche contenant encore une cuillerée de sang et formée par le tissu cellulaire voisin, à la suite de la rupture de la varice. On distinguait aussi sur la lèvre droite et sur la partie interne des cuisses des tumeurs variqueuses, que le sang devait dilater suivant les circonstances.

Observation XIV. — Tumeur développée dans la grande lèvre droite, pendant un travail de vingt heures. Ecoulement sanguin, passé inaperçu de la sage-femme. — Mort au bout d'un quart d'heure. Le Dr Reille arrive deux heures après la mort.

Examen. — Déchirure longue de 2 pouces, sur la grande lèvre droite, qui conduisait dans une cavité de 4 pouces environ, se dirigeant sur l'os pubis et au côté externe de la branche ascendante. Au fond de cette poche s'ouvrait largement la varice.

Observation XV. — Femme de 34 ans, petite, mais forte constitution, est au terme de sa huitième grossesse. — S'est toujours bien portée. — Au milieu d'un travail régulier, avant la rupture des membranes, écoulement sanguin, abondant. — Mort demi-heure après.

Examen. — La grande lèvre droite est le siège d'une tumeur bleuâtre, avec trois ouvertures à travers lesquelles les doigts arrivaient dns une cavité vaste qui contenait encore du sang coagulé, noir. On remarquait aussi sur la grande lèvre gauche et sur les membres inférieurs de petites tumeurs variqueuses.

Observation XVI. — Riecke fut appelé auprès d'une femme qui était toujours accouchée avec facilité. A son arrivée, elle était accouchée sans peine, mais à la sortie de la tête il parut dans les parties naturelles, tout près du clitoris, une tumeur variqueuse, qui, en se déchirant, donna lieu à une violente hémorrhagie qui faillit conduire la femme au tombeau. Compression; eau froide. — Potion : canelle.

— Sinapisme. Il ne fait pas de recherche pour apprécier la déchirure de la varice.

OBSERVATION XVII. — Femme de 46 ans, a fait huit enfants. Travail régulier, semblable aux précédents, ayant débuté le matin; à 4 heures une perte se déclare; à 4 heures 3/4 Riecke arrive; elle était morte. Accouchement : forceps. Placenta adhérent. Pendant son extraction, Riecke remarqua tout près du col de la matrice, sur le côté du vagin, une tumeur variqueuse rompue, — cavité large de 1/2 pouce, longue de 2 pouces; — ouverture dans le vagin, 1 pouce. L'hémorrhagie avait duré huit heures. — Pendant ce temps la tête comprimait la varice, la perte avait passé presque inaperçue. Si la tête se fût avancée rapidement, la femme aurait été affaiblie par l'écoulement; mais par un traitement convenable Riecke pense qu'on aurait pu lui conserver la vie.

OBSERVATION XVIII. — S..., âgée de 39 ans, — en travail de son cinquième enfant; présentation de la face. En explorant le vagin, on trouve une tumeur à droite et en haut, ayant la forme d'une poche, avec une pointe ovalaire. Elle était élastique et diminuait par une compression graduellement faite. Elle s'effaçait par une pression longtemps maintenue, pour revenir peu à peu quand la pression cessait.—Application de forceps en protégeant la tumeur pendant l'introduction de la branche gauche. (La tumeur était sur le côté gauche, — on la sentait à droite par rapport à l'explorateur) Après l'accouchement la tumeur était flasque, six jours après; il n'y en avait plus de trace.

OBSERVATION XIX. — En mai 1876, M. le Dr Coste, alors chef interne à l'Hôtel-Dieu de Marseille, fut appelé rue du Panier, chez une bouchère, âgée de 25 ans, variqueuse, au terme d'une grossesse. Quand il arriva, elle venait de succomber depuis quelques instants, à la suite d'une rupture d'une varice du membre inférieur droit et de l'écoulement qui l'avait épuisée. L'autopsie ne fut pas faite, mais le fait est authentique.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA DYSMÉNORRHÉE MEMBRANEUSE.

Par le Dr Adolphe Paggi.

Le mot dysménorrhée vient du grec et signifie menstruation difficile ; mais en général on désigne sous un tel nom ces vives douleurs que certaines femmes éprouvent au moment de leurs règles.

Parmi les différentes formes que certains auteurs ont fait de la dysménorrhée, il y en a une très importante qui consiste dans l'expulsion par les organes génitaux de la femme pendant le flux menstruel de produits membraneux, et qu'en général on appelle dysménorrhée membraneuse.

On peut dire que son étude est de date récente, car, bien que depuis plusieurs années l'attention des médecins eût été attirée sur des faits de cette nature et que le cas relaté par Morgagni (1) fût de même connu, cependant ce ne fut qu'en 1846 que Simpson et Oldhan, décrivirent exactement, les premiers, les phénomènes qui accompagnent l'expulsion de ces produits et cherchèrent à en déterminer la nature. Après les travaux des deux gynécologues anglais, divers mémoires parurent sur ce sujet, non seulement en Angleterre, mais même en France et en Allemagne, et la dysménorrhée membraneuse, niée d'abord par Raciborski (2), Robin et autres, qui dans les produits expulsés croyaient toujours reconnaître la présence d'un produit de con-

(1) Morgagni. *De sevibus et causis morborum.*
(2) Raciborski, cité par Aran.

ception, aujourd'hui la dysménorrhée est reconnue presque par tous les gynécologues, et, dans ces dernières années, on peut dire n'avoir vu paraître aucun ouvrage traitant des maladies des femmes, sans qu'on ait consacré un chapitre à sa description.

Chez la plupart des auteurs, cependant, on remarque une espèce de tendance à faire de la dysménorrhée une entité morbide distincte, une affection spéciale, ou du moins à la considérer comme symptomatique d'un état pathologique unique. En effet, tandis que quelques-uns, avec Oldhan, l'attribuent à l'influence ovarienne, qui, non seulement n'a jamais été prouvée, mais pas même bien définie, ou avec Mandl la considèrent comme une maladie essentielle (*morbus sui generis*), d'autres, au contraire, s'efforcent de rattacher tous les cas de dysménorrhée membraneuse à un état morbide de l'utérus. Ainsi plusieurs la considèrent comme liée à un processus inflammatoire de la muqueuse utérine, et les Drs Huchard et Labadie-Lagrave dans un très intéressant mémoire (1) disent qu'elle est constamment accompagnée d'une endométrite et que les produits expulsés présentent des caractères différents selon le siège, la nature et l'intensité de l'inflammation. Courty (2) pense qu'elle est le résultat d'une espèce d'apoplexie de la muqueuse et, à l'appui de cela, il cite les petits grumeaux qui se trouvent mêlés aux produits expulsés; ces épanchements sanguins unis aux contractions utérines seraient pour lui les principales causes amenant le décollement de la muqueuse.

Bernutz (3) la met souvent sous la dépendance du lymphatisme ou de la scrofule, c'est ainsi qu'il explique les cas de cette affection constatée quelquefois sur plusieurs membres de la même famille et les difficultés pour en obtenir la guérison.

Scanzoni avoue n'y avoir observé aucun cas dans lequel la

---

(1) Huchard et Labadie-Lagrave. *Contribution à l'étude de la dysménorrhée membraneuse*. Paris, 1872.

(2) Courty. *Traité pratique des maladies de l'uterus*. 3e édition.

(3) Bernutz et Goupil. *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*.

dysménorrhée membraneuse ne coïncidait pas avec l'altération organique de l'utérus; dans tous les autres, il a constaté soit une inflammation, soit une flexion, soit des corps fibreux ou des polypes.

Surer relate plusieurs cas dans lesquels il y avait un rétrécissement de l'orifice interne du col de l'utérus, et Siredey (1) attache une grande importance à cette cause qu'il a constatée sur deux de ses malades, dont l'une guérit par le moyen de la dilatation.

Quelques auteurs, surtout des auteurs anglais, considèrent la membrane expulsée comme un produit de formation nouvelle, une sorte de néomembrane développée sur la surface interne de l'utérus enflammé, comme il s'en produit dans la trachée, les bronches, etc. D'autres comparent la dysménorrhée membraneuse à la diphthérie; d'autres enfin à l'icthyose linguale, c'est-à-dire à la desquamation en larges plaques de la muqueuse linguale (Gauthier, de Genève) (2).

On comprend aisément que, suivant les diverses théories, la dysménorrhée membraneuse a reçu les noms les plus variés et les plus étranges. Ainsi quelques-uns l'ont appelée dysménorrhée ex-foliative, d'autres dysménorrhée apoplectique et ainsi de suite, et on en est arrivé jusqu'à former la curieuse expression de dysménorrhée membraneuse sans dysménorrhée. Ce fut le docteur Meyer, de Berlin, qui, le premier, en 1875, publia une observation de ce genre, qui fut signalée par Gauthier au congrès de Genève; mais, il n'y a pas longtemps, le docteur Bernutz (3) relata aussi deux observations analogues, et M. Courty, dans la dernière édition de son traité, au chapitre sur la dysménorrhée membraneuse, s'exprime ainsi :

« La dysménorrhée proprement dite, bien qu'elle s'accompagne « habituellement d'exfoliation, peut pourtant faire défaut sans

---

(1) Siredey. Art. DYSMÉNORRHÉE MEMBRANEUSE. [*Dictionnaire de médecine et chirurgie pratique.*

(2) *De la pathogénie de la dysménorrhée membraneuse*, par le Dr Gauthier. Genève, 1878.

(3) *Archives de tocologie*, 1879.

« que la maladie perde son caractère prédominant, qui est l'ex-
« pulsion de la membrane muqueuse. Exfoliation et expulsion
« de la muqueuse, tels sont les éléments anatomo-pathologiques
« de la maladie en question. »

Laissant de côté pour le moment la dysménorrhée membraneuse sans dysménorrhée, je tâcherai, autant qu'il me sera possible, d'exposer la cause du désaccord qui, comme nous l'avons vu, règne entre les gynécologues non seulement sur l'étiologie, mais encore sur la dénomination de la dysménorrhée membraneuse.

Dans le remarquable traité du docteur Sinéty (1) auquel nous devons de nombreux et utiles éclaircissements sur le sujet que nous traitons, on en trouve l'explication; en effet, il dit avec raison que l'examen anatomique est rarement fait, et tout auteur qui a étudié avec le soin nécessaire un cas de dysménorrhée a voulu le généraliser immédiatement avec tous les autres. Rarement, en effet, les maladies utérines occasionnent la mort, de sorte que les gynécologues ont rarement l'occasion de faire l'examen anatomo-pathologique de l'utérus; cependant, par exception, dans la dysménorrhée membraneuse, nous nous trouvons dans des conditions favorables pour pouvoir examiner durant la vie de la malade les produits expulsés. C'est donc non seulement à l'anatomie pathologique microscopique que nous devons nous adresser pour avoir des données importantes sur la nature des corps expulsés, pour en établir le traitement, mais aussi et surtout au microscope, au sujet duquel on peut dire avec le poète :

« *Qui si parrà la tua nobilitate.* »

Cependant, avant d'entrer dans de plus grands détails et de démontrer de quelle utilité peut nous être l'examen histologique des produits expulsés dans la dysménorrhée membraneuse, je crois utile de rappeler certaines particularités se rat-

(1) R. de Sinéty. *Manuel pratique de gynécologie et des maladies des femmes.* Paris, 1879.

tachant à l'anatomie de la muqueuse utérine et à la physiologie de la menstruation.

L'existence de la muqueuse qui revêt la cavité interne de l'utérus a été longuement discutée, et il n'y a pas longtemps que Cruveilhier, Bischoff l'ont démontrée par analogie. Huske la disait très mince, Malgaigne la niait. Mais aujourd'hui tous admettent une muqueuse utérine qui se continue avec celle du col et des trompes. La muqueuse du corps, dont nous nous occuperons seulement, étudiée vers la moitié de l'époque intermenstruelle, se présente composée simplement d'une couche de cellules cylindriques à cils vibratils dont le mouvement (contrairement à ce qui se trouve écrit dans quelques traités d'anatomie générale) est dirigé de la face profonde de l'utérus vers son orifice externe.

La couche sous-jacente décrite par les auteurs et constituée selon les uns par du tissu conjonctif à l'état embryonnaire, et selon les autres par du tissu conjonctif à l'état fibrillaire et par des espaces lymphatiques identiques à ceux décrits par M. Ranvier dans le tissu conjonctif en général, ne se développe qu'à l'époque cataméniale. Nous ne saurions trop insister sur ce fait, attendu que dans de récents et remarquables traités on voit répéter l'erreur d'attribuer à la muqueuse utérine une épaisseur qu'en réalité elle ne possède pas. Ainsi, selon Sappey (1), l'épaisseur de cette muqueuse à l'état normal mesure de 1 à 2 millimètres, et, selon Robin (2), de 3 à 5 millimètres. Mais, dès 1808, Ercolani (3) affirma, et l'a répété plus tard, que chez la femme toute la muqueuse utérine est représentée par une seule couche épithéliale. Cet épithélium, se repliant à l'intérieur, forme les

(1) Sappey. *Traité d'anatomie descriptive*, t. IV, p. 730.

(2) Robin. *Mémoire pour servir à l'histoire anatomique et pathologique de la muqueuse utérine. Archives générales de médecine*; 4e série, t. XVII, p. 257.

(3) Le professeur G.-B. Ercolani. *Sur la structure anatomique de la membrane caduque utérine dans les cas de grossesse extra-utérine chez la femme.*

glandes utriculaires qui se trouvent au milieu des faisceaux musculaires les plus internes du tissu utérin, et constituent une couche un peu variable dans sa hauteur qui est déterminée par la longueur des glandes, qui, à l'état normal, varie de 1 à 2 millimètres ; épithélium qu'Ercolani appelle couche musculo-glandulaire de l'utérus. Ces glandes sont plus souvent en tubes qu'en grappes ; l'épithélium qui les tapisse est, d'après le plus grand nombre des histologistes, un épithélium à cils vibratils. Ces cils cependant, d'après de très récentes observations, ne se développent qu'à l'âge de la puberté (1). Dans de nombreuses préparations opérées sur des utérus de femmes n'ayant pas encore l'âge de la puberté et spécialement sur des fœtus (morts à la suite de céphalotripsie), portant des muqueuses tout à fait fraîches, on n'avait jamais observé les cils vibratils, pas même dans le cas où ils étaient parfaitementconservés avec les éléments constituant le col et la trompe.

Au moment des règles, comme nous l'avons déjà fait observer, la muqueuse utérine acquiert une épaisseur appréciable, due à une production extraordinaire de jeunes éléments, devient plus rouge qu'à l'état normal et se tuméfie; l'appareil vasculaire s'injecte et donne lieu à une véritable congestion. La grande quantité d'artères qui se trouve dans le tissu utérin, et le petit nombre de veines qui y apportent le sang et ne trouve plus une voie facile pour s'échapper, nous explique beaucoup mieux l'existence de faisceaux musculaires autour des vaisseaux, l'augmentation de la tension intra-vasculaire, et cette espèce d'érection dans laquelle entre le tissu utérin, d'où dépend la rupture au dedans des vaisseaux capillaires et l'écoulement sanguin. Les glandes elles-mêmes augmentent, à ce moment, en largeur et en longueur ; leur activité devient plus accentuée et leur sécrétion, normalement insignifiante, devient alors abondante. A ce moment, on aurait l'exfoliation de la muqueuse utérine, celle de la muqueuse menstruelle, ainsi appelée par analogie avec la muqueuse gravide, et alors

(1) De Sinéty. *Société de biologie*, 1880.

même que tous les auteurs ne soient pas d'accord pour admettre, avec William et Aveling, la dégénérescence graisseuse des éléments qui constituent la muqueuse; bien que la paroi musculaire, excepté dans les cas où il y avait altération cadavérique, n'ait jamais été trouvée à nu, néanmoins dans l'état actuel de la science, principalement après les travaux de Léopold, nous pouvons considérer comme démontré, que pendant l'époque cataméniale a lieu l'élimination par petits lambeaux des parties les plus superficielles de la muqueuse utérine.

L'examen *grosso modo* des produits expulsés, dans des cas de dysménorrhée membraneuse, nous fait distinguer, tantôt des membranes ayant la forme et le volume de la cavité utérine, tantôt des lambeaux sans forme déterminée. L'examen histologique seul peut, en nous en faisant connaître la structure intime, nous fournir des renseignements tres précieux.

Il est du devoir d'un médecin consciencieux, sitôt qu'il constate dans le sang qui vient de l'utérus à l'époque menstruelle la présence d'un produit membraneux, de le faire durcir, d'en faire des coupes (1), et partant l'examen microscopique.

Donc la composition de ces membranes dysménorrhéiques peut être très variée, et, nous conformant à la classification du docteur de Sinéty, qui a eu l'occasion d'en examiner un nombre considérable de cas, nous en distinguerons cinq groupes :

1° En caillots fibrineux décolorés ;
2° En mucus coagulé et mêlé à un nombre plus ou moins grand d'éléments figurés;
3° En lambeaux de la muqueuse utérine;
4° En produits d'un avortement réel ;
5° En membranes de nature vaginale.

1° A ces cinq groupes, nous pourrions en ajouter un sixième qui comprendrait les corps étrangers.

Il n'y a pas longtemps, en effet, que, dans une ville de ce dé-

(1) La coupe d'une membrane dysménorrhéique présente une certaine difficulté, mais elle est préférable à la dissociation à laquelle on a ordinairement recours en pareil cas.

partement, un médecin qui introduisait à sa dame des tampons au tannin, s'aperçut de la présence d'un corps membraniforme dans le vagin de sa chère moitié. Craignant que ce ne fût une exfoliation de la muqueuse vaginale due à l'emploi trop prolongé du tannin, il envoya ou plutôt porta lui-même au laboratoire d'histologie, annexé à l'école de médecine de la ville, la membrane pour la faire examiner au microscope. On reconnut facilement que le corps expulsé par cette femme respectable n'était autre qu'une de ces membranes que Mme de Sévigné appelait si spirituellement « toile d'araignée contre le danger, cuirasse contre le plaisir ».

Nous croyons inutile de former un groupe à part pour ces corps ; il n'est pas utile de nous appesantir sur des faits si minimes, de si peu d'importance, à l'instar de notre susdit collègue.

Il ne faut pas croire que l'examen histologique soit une chose superflue et que microscopiquement l'on puisse établir la différence des corps appartenant plutôt à un groupe qu'à un autre ; au contraire, nous savons que des praticiens distingués de cette ville envoient au cabinet du Dr Ranvier, professeur au Collège de France, les produits expulsés de l'utérus à l'époque menstruelle, que l'on croit et qui ont l'apparence de véritables membranes, et que pourtant le microscope a fait connaître comme n'étant pas des corps appartenant au premier ou au deuxième des groupes que nous venons d'énumérer, mais en réalité des grumeaux ou du mucus.

Les produits que nous avons indiqués dans le troisième groupe méritent une attention particulière. En effet, ceux-ci se présentent dans leur structure intime égaux à la muqueuse utérine, quand celle-ci, à l'approche de la menstruation, subit une espèce de processus hypertrophique, qui, comme nous l'avons dit, consiste dans la prolifération des cellules embryonnaires, dans la dilatation et l'allongement des glandes, dans l'hyperémie capillaire. Quelquefois, au contraire, on remarque la présence de globules sanguins et purulents. D'autres fois, enfin, on n'a plus de trace des glandes ni de l'épithélium, et, comme

dans la métrite chronique, on observe une masse de tissus embryonnaires et quelques rares vaisseaux.

L'importance du quatrième groupe provient de ce que les produits d'une conception ont été souvent confondus avec les petits lambeaux dysménorrhéiques et *vice versâ*, et l'erreur est si fréquente que quelques auteurs, comme le « Dr Courty », ont longuement résisté pour admettre l'existence de la dysménorrhée membraneuse, et d'autres l'ont complètement niée. — Aujourd'hui, pourtant, que l'on a constaté l'expulsion de ces corps membraniformes, non seulement chez les femmes qui s'abstenaient du coït, mais même chez les vierges (Courty, Dubois, Lennert, Taulier), on ne peut plus avoir de doute sur l'existence de la dysménorrhée membraneuse.

L'examen soigné du produit expulsé nous suffira pour reconnaître si c'est à un avortement ou à une membrane dysménorrhéique que nous avons affaire. A ce sujet, nous indiquerons un moyen très simple qui nous permettra, même à l'œil nu, de dire quand nous serons en présence d'un produit de conception. On plonge la membrane dans une solution saturée d'acide phénique ou d'acide picrique; on l'y laisse durant quelques minutes, et puis, la saisissant avec des pinces par une de ses extrémités, on l'agite durant un certain temps dans de l'eau. Enfin, on l'étend sur une lame de verre, et, si on veut, on peut la colorer avec de l'acide picrocarmin. En opérant ainsi, on obtient des préparations caractéristiques s'il y a des villosités, et même, sans avoir recours au microscope, pour l'aspect arborescent qu'elles présentent et qui ne saurait être confondu avec aucun autre tissu, l'on est en état d'affirmer qu'il s'agit d'un avortement (1).

Les membranes provenant du vagin (qui forment le cinquième groupe) peuvent aussi être confondues avec les corps expulsés dans la dysménorrhée membraneuse. Ces membranes

(1) Ce procédé fut indiqué par Ranvier à De Sinéty et communiqué par eux à la Société de biologie. — V. *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1876, p. 141.

se rencontrent facilement depuis, par exemple, que l'on cautérise le vagin avec une solution un peu concentrée d'azotate d'argent. Siredey (1) dit avoir vu une malade expulser, durant les règles, un mélange de grumeaux sanguins et de membranes très minces, transparentes, semblables à la pellicule d'un oignon. Ces membranes n'étaient autre qu'une desquamation en masse des culs-de-sac vaginaux occasionnée par l'usage longtemps prolongé d'injections astringentes. Renault, dans une séance de la Société de biologie de Paris, rapporta un cas, où à la suite de règles douloureuses, il avait constaté l'exfoliation en entier de la muqueuse vaginale. Enfin, dans le travail de M. Troque (2), on trouve relaté un cas d'exfoliation de la muqueuse vaginale, observé par le Dr Farre, qui a rencontré plus d'une fois des cas semblables, et cite l'opinion de Tyler Smith, qui croit cette exfoliation le plus souvent alliée à une vaginite épithéliale. Au reste, dans ces cas, c'est encore le microscope qui tranche la question; attendu que, si les membranes expulsées proviennent du vagin, on y rencontrera la structure de cette membrane, on y trouvera de grosses cellules formées d'épithélium pavimenteux et tous les caractères histologiques de la muqueuse utérine feront complètement défaut.

D'après ce que nous venons de dire, il me semble qu'il est utile et important de faire l'examen histologique des produits expulsés dans la dysménorrhée membraneuse. Mais, pour mieux faire ressortir l'importance d'un pareil examen, je rapporterai deux intéressantes observations qui appartiennent à la pratique privée du Dr de Sinéty, que je remercie mille fois de m'avoir accordé l'autorisation de les publier.

Observation I.

La dame X..., âgée de 45 ans, mariée depuis trois ans, sans enfants, souffre depuis l'époque de son mariage de douleurs de ventre et de

(1) *Loc. cit.*

(2) Jules Troque. *Etude critique sur la dysménorrhée membraneuse.* Thèse de doctorat. Paris, 1869.

douleurs de reins qui augmentent de plus en plus à chaque époque menstruelle, sans pourtant avoir jamais éprouvé à ce moment des symptômes trop manifestes, sans que l'on ait pu, en un mot, remarquer en elle les caractères de la dysménorrhée membraneuse. Elle n'a jamais eu de métrorrhagie et le flux menstruel, qui dure trois ou quatre jours, est peu abondant. La malade a été vue pour la première fois en octobre 1879. Poussée par le désir de devenir enceinte plutôt que par ses douleurs, elle s'est décidée à demander l'avis d'un médecin.

L'examen local donna à la palpation un point douloureux, à une pression accentuée du côté gauche de l'abdomen. Par le toucher, on ne sent pas de tumeur ; l'utérus est mobile, légèrement douloureux à la pression, a un peu augmenté de volume, principalement à la région du col, qui est mou dans presque toute son étendue. De l'orifice externe s'écoule un liquide légèrement épais, composé de mucus et d'un peu de pus. On ne remarque aucune ulcération sur le museau de tanche. On porta le diagnostic d'une métrite parenchymateuse au premier degré avec lésion superficielle et légère de la muqueuse cervicale. Comme traitement, on fait des scarifications sur le col de l'utérus que l'on renouvelle tous les trois jours.

Dans l'intervalle on y introduit journellement des tampons de glycérine. Chaque deux jours, un bain chaud pour l'usage externe, et à l'intérieur du quinquina et du fer. On demande à la malade si elle ne s'était pas aperçu d'avoir expulsé des membranes au moment de ses règles. Elle n'en avait qu'une idée vague, mais à la prochaine époque cataméniale elle retourna se faire examiner en portant un lambeau de la muqueuse utérine. L'examen histologique démontra qu'il s'agissait de la muqueuse utérine menstruelle à l'état normal et non d'une endométrite. Après un traitement de quelques semaines, tous les symptômes morbides disparurent, et la dame X... reprit ses occupations. Mais, sur la recommandation qui lui en avait été faite, elle porta de nouveau des morceaux de muqueuse utérine expulsés à l'époque menstruelle sans qu'il y eût aucune douleur concomitante. L'utérus n'est plus douloureux et a repris son volume normal.

Le mucus qui coule de l'orifice externe est absolument taansparent et normal. En un mot, la malade est complètement guérie, et cependant à chaque menstruation elle expulse de larges lambeaux de muqueuse utérine.

Voilà donc un de ces beaux cas que quelques auteurs ont appelé dysménorrhée membraneuse sans dysménorrhée, expression qui n'a pas du tout notre sympathie, alors même qu'elle exprime un fait réel, et que nous voudrions remplacer par exfoliation de la membrane menstruelle.

Observation II.

L'objet de cette observation est une femme âgée de 28 ans, réglée à 15 ans, et mariée depuis quatre ans. Sa santé a toujours été faible, et ses règles irrégulières, sinon douloureuses. Seulement, il y a trois ans, à la suite d'une couche à terme, elle commença à souffrir des douleurs de ventre et de douleurs qui ne l'ont plus quittée. Elle n'a jamais eu de métrorrhagie, mais elle a des pertes en muco-purulentes et abondantes. A l'époque des règles, il y a une poussée notable, des symptômes douloureux et l'expulsion des membranes formées par l'exfoliation de la muqueuse du corps de l'utérus. L'examen histologique de ces produits montre que la muqueuse est altérée : les glandes sont moins nombreuses qu'à l'état normal et remplacées par du tissu embryonnaire. Sur certains points on voit des îlots d'éléments dégénérés, granulo-graisseux, comme sur des plaies découvertes sécrétant du pus.

L'examen clinique de la malade fit constater, dans le mois de décembre 1879, tous les symptômes d'une métrite parenchymateuse et muqueuse, compliquée de pelvipéritonite ancienne, qui avait donné lieu à une tumeur de la grosseur d'une noix et formée probablement par un ganglion hypertrophié.

Sans parler du traitement qui fut institué plus tard dans le cours de la maladie, sans dire que la malade, sans être complètement guérie, va beaucoup mieux, je tâcherai de faire ressortir la différence qu'il y a entre ces deux observations.

Dans l'une de ces observations, la malade a été débarrassée de ses ennuis morbides en peu de temps sous l'influence d'un traitement *ad hoc*, et continue, sans en éprouver aucun désavantage à expulser des lambeaux de la muqueuse utérine à chaque période cataméniale.

L'autre au contraire, malgré un traitement soigné et varié, n'a trouvé qu'un léger soulagement. (Il est vrai que c'est un cas compliqué, comme souvent on en rencontre dans la pratique.)

Cette différence de diagnostic nous avait été indiquée par l'examen histologique des produits éliminés. Dans le premier cas la muqueuse était saine, il n'y avait pas d'endométrite, mais seulement une membrane muqueuse, qui s'exfoliait en lambeaux plus gros que d'ordinaire; il y avait cependant une simple exagération de ce processus physiologique qui, comme nous l'avons vu, se vérifie à chaque époque menstruelle chez la femme. Dans le second cas il y avait une métrite interne, et par conséquent le diagnostic et le traitement se présentaient sous un aspect différent.

Des deux observations que nous venons de rapporter, il résulte que ce n'est pas l'expulsion de la muqueuse qu'il faut constater, mais plutôt sa structure, question que l'on ne saurait ré oudre que par l'examen histologique. Ces deux observations prouvent, en outre, que la dysménorrhée membraneuse n'est pas une entité morbide, qu'elle n'est pas une maladie toujours identique. Sous ce nom, nous désignerons des états grandement différents et dont quelques-uns à peine pourront être considérés comme pathologiques. Pour nous donc, la dysménorrhée membraneuse n'est qu'un symptôme, un épiphénomène, qui peut s'allier aux maladies les plus variées, ou bien une exagération de processus physiologique de la menstruation avec la particularité que la muqueuse utérine exfoliée présente une épaisseur et une étendue plus grandes qu'à l'état normal. On comprend donc par là que tout le tableau phénoménal attribué a la dysménorrhée membraneuse doit tomber en entier. Ainsi la douleur vive par accès, semblable à celle de l'accouchement, et à qui l'on attribue beaucoup d'importance, et qui est due le plus souvent à la disproportion entre le corps à expulser et les orifices du col, peut, comme nous l'avons vu, faire défaut dans certains cas. Tout aussi peu fréquente est la douleur périombilicale indiquée par Scanzoni, et Siredey dit

l'avoir cherchée en vain dans les cinq cas observés par lui. M. De Sinéty non plus ne l'a jamais rencontrée. Les phénomènes précurseurs, les troubles de la menstruation, comme la ménorrhagie, la leucorrhée, soit qu'elle précède ou suive l'expulsion des membranes, peuvent également faire défaut dans de très nombreux cas. On peut attacher peu d'importance à la constitution faible, à l'anémie, à la chlorones, à l'hystérie, au lymphatisme, puisque Morgagni (1), Tilt (2) et Courty (3) ont rapporté des observations non douteuses de dysménorrhée membraneuse chez des femmes bien constituées. Le coït a une influence assez douteuse. M. Tyler Smith rapporte un cas, dans lequel les phénomènes dysménorrhéiques et l'expulsion des membranes cessèrent après que la malade resta veuve, et revinrent sitôt qu'elle passa en secondes noces. Mais à ceci nous pouvons opposer l'observation de Morgagni qui, dans une de ses lettres, en parlant d'une de ses malades, dit qu'à chaque menstruation elle expulsait des corps membraniformes et continua à en expulser « encore durant quatre mois pendant lesquels elle s'était abstenue de tout rapport avec son mari. Le traitement institué « par des médecins distingués (ainsi continue l'auteur) n'ayant « apporté aucun soulagement, la malade, persuadée qu'il « était beaucoup mieux pour elle d'être privée de douleurs pendant neuf mois, ne voulut plus coucher séparée de son mari et « c'est pourquoi peu de temps après elle devint enceinte » (4).

De ces dernières paroles, nous voyons en outre quel cas nous devons faire de l'opinion de ceux qui prétendent que les femmes qui expulsent au moment de leurs règles des lambeaux de muqueuse sont ordinairement stériles. Le fait est souvent réel, mais peut-être en partie il n'en est pas ainsi, attendu que l'attention n'est attirée sur ce point que par le fait tout simple que la malade est stérile ou éprouve des troubles morbides du côté

(1) *Loc. cit.*

(2) Cité par Huchard et Labadie-Lagrave.

(3) *Montpellier médical*, 1869.

(4) Morgagni. *Loc. cit.*

de l'utérus. Nous pensons que si l'on recherchait ce phénomène plus souvent chez les femmes saines, il perdrait beaucoup de la valeur qu'on y apporte. Le Dr de Sinéty a relaté qu'ayant prié plusieurs de ses clientes d'observer si elles émettaient des membranes à leur époque menstruelle, trois déjà d'entre elles lui ont apporté des corps membraniformes recueillis dans le linge durant la menstruation. Une de ces dames n'était pas même en traitement pour maladie utérine, mais pour névralgie lombo-abdominale.

De tout ce que nous avons dit, il nous semble avoir clairement démontré :

1° Que la dysménorrhée membraneuse n'est pas une entité morbide, mais un phénomène qui peut accompagner plusieurs affections, et qui quelquefois n'est qu'une exagération du travail physiologique de la menstruation ;

2° Qu'il est extrêmement utile et important de faire l'examen histologique des produits expulsés, afin de pouvoir distinguer, entre eux les divers états avec lesquels la dysménorrhée membraneuse peut se rattacher.

Il est d'une importance capitale de les distinguer, non tant au point de vue du pronostic, que principalement pour ce qui regarde le traitement ; cette confusion, dans laquelle sont tombés si souvent les hommes les plus compétents, nous permet de comprendre pourquoi un médicament administré produit un effet favorable dans un cas et aucun dans un autre qui, semblable en apparence, peut toutefois être absolument de nature différente. Ainsi s'explique, comme le dit Tilt, la cautérisation de la cavité utérine avec le crayon de nitrate d'argent, et Scanzoni dit avec ce même moyen n'avoir obtenu aucune amélioration, et qu'au contraire dans quelques cas les troubles de la malade avaient augmenté. Ainsi s'explique encore comment Siredey a pu empêcher au moyen des cautérisations l'exfoliation de la muqueuse utérine dans deux cas et non dans les autres. Et en effet, si dans une endométrite on a recours aux caustiques, on obtient une amélioration notable, tandis que dans d'autres circonstances, comme dans les cas où la muqueuse utérine est

saine, on n'obtiendra qu'une aggravation des phénomènes qui accompagnent la dysménorrhée membraneuse. Il résulte, admettant, comme nous le faisons, que ce n'est pas une maladie distincte, mais simplement un symptôme qui peut s'allier aux états morbides les plus divers, que c'est sur ces derniers que nous devons porter notre attention et changer le traitement suivant les cas.

Si l'expulsion des corps membraniformes de l'utérus est accompagnée d'un état inflammatoire de cet organe et que le microscope nous montre des produits imprégnés de globules sanguins, ce qui nous indiquerait l'état aigu de la maladie, les scarifications du col de l'utérus seront utiles, comme on a l'habitude de le faire dans les endométrites au début, endométrites qui on le sait, s'accompagnent toujours d'un peu de métrite parenchymateuse. Si, et le cas ne se répète que trop souvent, nous avions affaire à une forme de métrite chronique ou interne, outre tous les moyens palliatifs que l'on prescrit dans une telle maladie, on peut avoir recours aux agents aptes à modifier l'état de la muqueuse. De cette manière, l'introduction dans la cavité utérine du chlorate de potasse, ou d'une sonde métallique recouverte à son extrémité libre (dans une étendue de 6 à 7 centimètres) de nitrate d'argent liquide comme l'a fait M. Siredey, serait utile.

On pourra aussi avoir recours à de petites bougies composées de sulfate de cuivre, de tannin ou de n'importe quel autre astringent et de gomme adragante dans une proportion telle qu'elle puisse rendre celle-là solide. En allant aux consultations données par mon éminent collègue et ami, le Dr Grassi, à la Maternité de Florence, je me souviens avoir observé de très beaux résultats par l'emploi de ces petites bougies, dans les cas d'inflammation chronique de la cavité cervicale. Cependant leur introduction dans la cavité du corps a pour inconvénient de donner lieu, quelquefois, à des coliques utérines très intenses. Après avoir procédé à la dilatation du col, avec les précautions que nous ferons connaître bientôt, on peut employer des caustiques énergiques comme l'acide phénique et l'acide nitrique fumant. On a proposé et l'on a employé encore la cau-

térisation de la surface interne de l'utérus avec le cautère actuel et, dans sa thèse, M. Taulier (1) relate un cas de dysménorrhée membraneuse guérie par le professeur Depaul au moyen de ce procédé. Une fois par semaine on faisait la cautérisation : le fer rouge au blanc, promptement introduit dans la cavité utérine, en était immédiatement retiré. Quelques semaines après un tel traitement, il n'y eut plus d'expulsion de membranes et les règles reprirent leur état normal. La malade quitta Paris, mais depuis son départ, le professeur Depaul a appris que la guérison persistait et que la menstruation avait eu lieu plus d'une fois sans aucun trouble. Quant à moi, je préférerais le galvanocautère au fer chauffé au rouge blanc, attendu qu'on peut l'introduire dans la cavité utérine à froid et le chauffer quand il en est besoin. Inutile de faire remarquer que toutes les fois que l'on a recours aux cautérisations, n'importe de quelle espèce, il faut avant tout s'assurer si l'utérus est libre et si ses annexes sont parfaitement saines. Les malades après la cautérisation doivent garder le lit durant quelques jours. Quant aux injections intra-utérines, que l'on a préconisées contre la métrite interne, nous croyons qu'on n'y doit avoir recours qu'avec une très grande circonspection, et qu'il faut toujours, comme le dit le professeur Gallard, avoir soin de mesurer, par anticipation, la capacité de la cavité utérine, au moyen d'une injection d'eau tiède dont on connaît la quantité (2).

Les corps le plus souvent employés pour cautériser la cavité interne de l'utérus sont : la solution au nitrate d'argent, la teinture d'iode et le perchlorure de fer (solution Pravaz à 30°). Dans les cas de métrite chronique avec végétations vasculaires, il faut avant tout, pour s'assurer de leur présence, dilater l'orifice du col et explorer avec le doigt la cavité utérine ; ainsi on peut faire le raclage avec la cuiller de Récamier ou avec celle de Ma-

---

(1) Taulier. *De la dysménorrhée membraneuse.* Thèse pour le doctorat. Paris, 1871.

(2) Gallard. *Leçons de cliniques sur les maladies des femmes.* Paris, 1879.

rion Sims, à bords tranchants à laquelle plusieurs, et entre autres Richet, donnent la préférence.

Ces cuillers si on en fait usage avec les précautions convenables, peuvent être de grande utilité, et moi-même en suivant le service du professeur Trélat (hôpital de la Charité), j'ai pu constater deux cas de métrite chronique avec végétations vasculaires, qui donnaient lieu à des hémorrhagies inquiétantes, complètement guéries en pratiquant le raclage de la cavité utérine. Quant aux déviations de l'utérus, comme cause de dysménorrhée membraneuse, nous croyons devoir y attacher peu d'importance, puisque la pratique démontre que, dans la plupart des cas, les femmes guéries de leur métrite concomitante supportent sans manifester aucun trouble la flexion et la version utérine.

Actuellement, à notre point de vue, ce qui nous préoccupe le plus, ce sont les rétrécissements du col. Nous savons que quelquefois la dysménorrhée membraneuse est due à un rétrécissement de ces orifices. Dans de pareils cas la dilatation a fourni de très bons résultats, et différents auteurs citent des cas de guérison obtenus par ce moyen. La dilatation, préférable, dans un rétrécissement, à l'incision, peut être faite brusquement avec un instrument *ad hoc*, ou avec ménagement. La dilatation lente et que nous préférons de beaucoup, s'obtient en introduisant dans la cavité du col des corps qui ont la propriété de se dilater en absorbant le liquide qui s'échappe de l'organisme. A ce point de vue on emploie les cônes d'éponge préparée, la gentiane et la laminaria. Les dangers que l'on a attribués à l'emploi de ces corps sont dus au manque de précautions dont on ne tient pas compte dans la pratique, et c'est pour cela que nous nous faisons un devoir de le relever.

Les cônes d'éponge, par exemple, devraient être toujours préparés par le médecin, puisque ceux qu'on achète chez les pharmaciens se composent quelquefois de différents morceaux, et je connais deux cas dans lesquels les malades furent emportées par la septicémie par suite d'un morceau d'éponge resté dans l'utérus et que l'on retrouva à l'autopsie. La préparation de ces cônes est très simple. On choisit de petites éponges fraîches,

on les coupe en forme conique de la longueur de 3 à 6 centimètres et de la grosseur du pouce ou un peu moins ; cela fait, on passe à travers de leur axe longitudinal un fil de fer, et on les plonge ensuite dans une solution de gomme arabique phéniquée ; une fois qu'elles sont imprégnées, on les sort de la solution et on les ramasse du sommet à la base avec de la ficelle, puis on enlève le fil de fer et on les fait sécher au soleil ou dans un four. Les cônes d'éponge une fois bien secs on enlève la ficelle on les rend lisses et réguliers avec une lime et avec du papier de verre. A la base de chaque cône on fait un trou, on y passe un gros morceau de ficelle qui forme une anse et qui servira pour le retirer de la cavité cervicale de l'utérus. L'éponge préparée produit une dilatation assez solide, mais elle a l'inconvénient de contracter une mauvaise odeur et de présenter quelque difficulté au moment de l'extraction ; c'est pour cela que l'on préfère, en général, les cylindres de laminaire. Toutefois, quelque soit le corps que l'on emploie pour faire la dilatation, nous ne devrons jamais nous éloigner du procédé de Schultze (1) qui, ayant pratiqué plus de 120 dilatations du col, dans un seul cas vit se développer la paramétrite, faute de n'avoir pas agi suivant sa louable habitude. Schultze, avant d'introduire le corps dilatant (la laminaire), s'assure qu'il n'y a pas de lésion récente du col utérin ni aucun symptôme de pelvipéritonite. Après, introduisant le spéculum dans le vagin, au moyen d'un hystéromètre métallique flexible, cherche à connaître la direction, la courbure et la longueur du canal cervical. Si en retirant l'hystéromètre il y trouve des taches de sang, il retarde l'introduction de la laminaire au moins de 24 heures. Après avoir lavé le vagin au moyen d'un tampon d'ouate trempé dans une solution de 3 p. 100 d'acide phénique, il saisit la lèvre antérieure de l'utérus avec une anse lavée dans la solution phéniquée et l'attire légèrement vers la vulve. Le cylindre de

(1) *Die Erweiterung des Uterus durch Laminaria digitata. Centralblatt für Gynäkologie*, 1878, p. 150 et seq.

laminaire est d'abord plongé durant 1 ou 2 minutes dans une solution bouillante d'acide phénique pour le rendre mou et lui donner la courbure voulue, puis dans une solution froide, cette courbure ne pouvant être donnée à l'éponge, aussi Schultz préfère-t-il la laminaire. Enfin, saisissant avec des pinces le cylindre de la laminaire, il l'introduit dans le canal cervical.

S'il rencontre quelque obstacle, il le retire et corrige la *courbure* de manière à en rendre l'introduction facile. Une fois le corps dilatant dans la cavité du col, il place dans le cul-de-sac postérieur un tampon d'ouate salicylée trempée dans une solution d'acide phénique.

Il retire alors l'anse et les pinces, introduit un tampon à la glycérine et retire le spéculum. La malade doit rester dans un repos absolu pendant cinq ou six heures durant l'imbibition de la laminaire. La laminaire peut être laissée en place pendant 12 ou 15 heures sans inconvénient. Quand on veut obtenir une dilatation considérable on peut introduire trois ou quatre cylindres à la fois : si on y revient plusieurs fois, la dilatation à la fin persiste. La première ou la seconde semaine après les règles est l'époque la plus favorable pour faire la dilatation qui, si elle est pratiquée avec les précautions déjà exposées, ne saura produire aucun effet déplorable.

Pour en finir avec les remèdes indiqués contre la dysménorrhée membraneuse, nous dirons un mot du traitement général.

L'indication du traitement découle de l'état diathésique de la malade. Ainsi, dans certains cas, l'iodure de potassium ou l'huile de foie de morue seront utiles; dans d'autres, ce sera l'arsenic et les alcalins. L'hydrothérapie, le traitement par les eaux thermales, l'électricité ont parfois donné de bons résultats. Tous ces moyens de traitement cependant n'ont, comme quelques-uns l'ont dit, aucune action directe sur la dysménorrhée membraneuse, mais ils sont seulement utiles par les modifications qu'ils apportent à l'état pathologique qui maintient l'expulsion des membranes. Il faut donc avant tout rechercher quel est cet

état pathologique et diriger contre lui tous nos soins. De cette manière nous sommes convaincus qu'à l'avenir la guérison de la dysménorrhée membraneuse s'obtiendra plus souvent.

REVUE CLINIQUE.

MATERNITÉ DE PARIS. — SERVICE DE M. TARNIER.

HYDROCÉPHALIE DIAGNOSTIQUÉE PENDANT LA GROSSESSE.

Observation prise et rédigée par M. BERTHAUT, *interne à la Maternité.*

La nommée Clery Vor, femme Brillalar, âgée de 31 ans, couturière, est entrée le 16 mars 1881 à la Maternité.

Son père, sa mère, ses frères et sœurs ont une bonne santé. Son mari, qui était entrepreneur de terrassements et se portait fort bien, est mort le 28 septembre 1880 à la suite d'un accident (il avait été pris sous un éboulement). Etant enfant, elle a eu des convulsions et elle dit que ses frères et sœurs, ainsi que son père et sa mère, ont eu également des convulsions dans leur enfance. Elle a eu deux fois la rougeole et à diverses reprises des névralgies dentaires.

La partie antérieur de sa mâchoire supérieure est dépourvue de dents. Elle n'a jamais eu de rhumatismes et elle ne porte aucune trace de syphilis.

La menstruation, qui a commencé à l'âge de 11 ans et demi, a d'abord été régulière ; l'écoulement menstruel était abondant et durait ordinairement huit à dix jours.

Mariée à 17 ans, cette femme est devenue enceinte l'année même de son mariage. Cette première grossesse, pendant laquelle elle a éprouvé seulement quelques troubles digestifs, s'est terminée par un accouchement à terme. Le travail dura quatorze heures et se termina par l'expulsion spontanée d'un garçon, qui se présentait par le sommet et qui mourut au bout de trente-trois mois d'une bronchite, sans avoir jamais eu de convulsions.

Immédiatement après l'expulsion de l'enfant, commença une hémorrhagie abondante. L'accoucheur introduisit la main dans l'utérus pour entraîner le placenta; l'écoulement sanguin cessa immédiatement après la délivrance ; la malade, affaiblie par cette perte de sang, ne se rétablit que lentement ; les règles reparurent dix semaines après l'accouchement. La menstruation continua à être régulière, mais dans l'intervalle des époques menstruelles, il survenait de temps en temps des hémorrhagies plus ou moins abondantes.

A 23 ans, la malade devint enceinte pour la seconde fois. La grossesse se passa sans accidents et se termina par un accouchement à terme. Au lieu d'accoucher chez elle à Reims, comme la première fois, la malade se fit transporter à l'hôpital de cette ville. Le travail dura deux heures et se termina par l'expulsion spontanée d'une fille qui se présentait par le sommet; cette fille qui a eu des convulsions est encore vivante.

Après l'expulsion de l'enfant, commença une hémorrhagie abondante qui nécessita encore la délivrance artificielle. Après cette opération, l'hémorrhagie s'arrêta immédiatement. La malade très affaiblie se rétablit plus lentement encore qu'après le premier accouchement. Les règles revinrent au bout de dix semaines.

En 1877, nouvelle grossesse. La malade accoucha le 2 janvier 1878 à l'hôpital de Reims, après neuf heures de travail, d'une fille qui se présentait par le sommet, et qui, prise de convulsions, mourut au bout de six semaines. Immédiatement après la naissance de l'enfant, se déclara une hémorrhagie abondante qui rendit nécessaire l'extraction artificielle du placenta. Cette opération arrêta immédiatement l'hémorrhagie. Mais l'écoulement sanguin avait été très abondant et l'état de la malade devint fort grave.

Six semaines après l'accouchement, le chirurgien M. Langlois se décida à injecter sous la peau du sang de lapin. Quatre piqûres furent faites, une à chaque jambe sur la face extérieure, une à chaque avant-bras sur la face antérieure. La piqûre de l'avant-bras droit donna lieu à un abcès qui fut ouvert par une incision cruciale. La malade ne quitta l'hôpital que six mois après son accouchement. Depuis quatre mois la menstruation s'était rétablie régulièrement.

Du 15 au 23 juillet 1880, apparition des dernières règles; la malade était enceinte pour la quatrième fois. Tout d'abord la grossesse eut une allure normale, et les premiers mouvements de l'enfant furent perçus au mois de décembre. Mais, au mois de février 1881, le ven-

tre, qui jusqu'alors avait présenté un volume en rapport avec l'âge de la grossesse, commença à s'accroître d'une façon anormale.

En moins de quinze jours il devint énorme. En même temps, la malade éprouvait de véritables coliques utérines, et les mouvements de l'enfant revenaient à la fois plus fréquents et plus violents. Gênée par le volume exessif de son ventre, par les douleurs qu'elle éprouvait et par les mouvements désordonnés de l'enfant, qui parfois troublaient son sommeil, la malade entra à la Maternité le 16 mars 1881, et fut placée dans la salle des femmes enceintes.

Le 10 avril 1881 elle passa dans le service de M. le Dr Tarnier, salle Sainte-Adelaïde où elle occupa le lit n° 5. Le ventre était très volumineux, la paroi abdominale était distendue, amincie et parcourue par des veines nombreuses. Il n'existait pas d'œdème sus-pubien, et les membres inférieurs étaient légèrement œdematiés. Les fonctions du tube digestif et celles de la vessie s'accomplissaient relativement bien.

L'utérus situé sur la ligne médiane remplissait la cavité abdominale; son fond était engagé sous les fausses côtes. La fluctuation, qui était manifeste, permit tout d'abord de faire le diagnostic d'hydropisie de l'amnios. La main qui palpait sentait souvent qu'elle déplaçait du liquide avant de rencontrer les parties fœtales, qui étaient très mobiles et qu'on pouvait faire ballotter à volonté. On percevait très nettement les frôlements et les chocs produits par le fœtus; on les voyait même parfois avec la même netteté. On pouvait constater que le fœtus exécutait des mouvements brusques et insolites. Les deux mains qui exploraient l'hypogastre sentaient, après avoir déplacé une couche de liquide, une extrémité volumineuse, arrondie, très dure et mobile au-dessus du détroit supérieur: c'était la tête. Parfois du côté gauche on sentait, au voisinage de la tête, une saillie plus petite, qui paraissait se déplacer sur elle: c'était l'épaule du fœtus.

Le palper faisait reconnaître dans le flanc droit un plan résistant, constitué par le dos du fœtus, et plus haut, vers le fond de l'utérus une extrémité beaucoup moins volumineuse, moins dure, moins régulière, que celle qui flottait au-dessus du détroit supérieur. A gauche et en avant on reconnaissait les petits membres. Mais le palper ne donnait pas toujours les mêmes résultats. Parfois le dos, placé en arrière, était peu accessible et les petits membres, étant situés en avant, étaient presque seuls reconnus.

Par l'auscultation, on entendait les bruits du cœur ordinairement éloignés, mais on trouvait un maximum toujours à droite, au-dessus

de l'ombilic, tantôt en avant, tantôt en arrière. Par le toucher on constatait que l'excavation était vide et que la tête était très élevée.

Le 18 avril, M. le Dr Pinard, qui assistait à la visite de M. Tarnier, examina longuement la malade, et reconnut que la tête présentait un volume anormal qu'il constata même à l'aide du compas d'épaisseur.

Il pensa qu'il s'agissait d'une hydrocéphalie. Le 20 avril, à sa visite, M. Tarnier examina attentivement la malade et confirma le diagnostic d'hydrocéphalie.

Les deux branches du compas d'épaisseur furent placées d'abord sur les deux extrémités de la tête à travers la paroi abdominale. Cette première mensuration donna 17 centimètres; puis, l'une des branches du compas ayant été introduite dans le vagin et à travers le col jusqu'à la tête, l'autre branche fut placée sur la paroi abdominale à la partie la plus élevée de la tête. Cette mensuration donna 12 centimètres et demi.

Le doigt introduit dans le col jusque sur les membranes sentait distinctement la tête et sa résistance osseuse. Si à ce moment on déplaçait la tête à l'aide de la main gauche placée sur l'hypogastre, l'index de la main droite resté en place sentait successivement une surface osseuse, le bord de l'un des os du crâne, et un large espace membraneux correspondant vraisemblablement à une suture élargie.

A la suite de cette exploration la malade perdit une petite quantité de sang. Mais cet écoulement sanguin dura peu de temps. Le 24 avril, les douleurs que la malade éprouvait ordinairement s'accrurent d'une manière notable. Dans la nuit et surtout le lendemain matin 25, survinrent quelques douleurs. A 11 heures du matin, la malade entrait à la salle d'accouchements. Le col était alors effacé et dilaté comme un pièce de 2 francs. M. Tarnier l'examina et trouva que la tête restait élevée au-dessus du détroit supérieur; les membranes étaient intactes. M. Tarnier revint le soir à 7 heures; la dilatation était presque complète. Il rompit les membranes. Une quantité considérable de liquide amniotique de coloration citrine s'écoula au dehors. Il fut alors très facile de constater l'élargissement des sutures. On sentait très nettement un bord osseux d'une suture, mais on ne pouvait arriver sur l'autre bord qui était trop éloigné.

Considérant qu'une tête aussi volumineuse ne pourrait jamais s'engager, M. Tarnier n'hésita pas à réduire son volume. Armé d'un trocart courbe qu'il dirigea sur son doigt, il fit une ponction dans un

espace membraneux de la tête, au voisinage, disait-il, de la fontanelle postérieure. La canule du trocart livra passage à 360 grammes d'un liquide un peu louche et rougeâtre. Cette évacuation de liquide réduisit notablement le volume de la tête, les sutures diminuèrent d'étendue, les bords des deux pariétaux se rapprochèrent, et la tête s'engagea rapidement.

La malade, instruite par ses accouchements précédents, prévint M. Tarnier qu'il y avait à craindre pour elle une hémorrhagie ; l'accouchement fut surveillé avec soin.

Après la ponction de la tête, le col revint en grande partie sur lui-même, et mit très longtemps à se dilater de nouveau. La dilatation ne fut complète que le 26 avril à une heure et demie du matin. La tête très allongée se dégagea lentement et l'accouchement était terminé à trois heures un quart du matin.

L'utérus revint très bien sur lui-même ; il se contractait énergiquement. Le toucher fit constater que le placenta était engagé dans le col utérin par un de ses bords. Le décollement du placenta donna lieu à l'écoulement d'une quantité de sang qu'on put évaluer à peu près à 500 grammes. Aucune traction ne fut exercée sur le cordon, qui paraissait inséré près du bord le plus élevé du placenta. A trois heures cinquante du matin quelques efforts de la malade suffirent pour expulser le placenta.

En éloignant le placenta de la vulve, on s'aperçut que les membranes étaient encore adhérentes. Un fil fut placé sur les membranes, et on détacha le placenta, laissant les membranes en place. Aucune hémorrhagie ne se produisant, et l'utérus étant bien rétracté, on n'administra pas d'ergot de seigle.

La malade fut portée dans la salle Sainte-Elisabeth, lit n° 2, et l'on prit pour elle des précautions antiseptiques : compresses phéniquées sur la vulve, lavages et injections vaginales avec de l'eau phéniquée au centième. Les membranes restées adhérentes ont été expulsées le 28 avril dans la matinée. Elles n'offraient aucune odeur.

La santé de la malade est excellente aujourd'hui, 8 mai.

L'enfant est très vivant, mais dans un état de faiblesse très prononcée. C'est une fille. Elle a été prise de convulsions et est morte dans la soirée du 27 avril 1881.

La trace de la ponction se trouve sur la branche gauche de la suture lambdoïde, au voisinage de la fontanelle postérieure.

Poids de l'enfant	3.550	grammes.
Poids du liquide extrait	360	—
Poids total	3.910	—

Longueur totale de l'enfant	54	centimètres.	
Longueur du sommet de l'ombilic	30	—	
Longueur de l'ombilic aux talons	24	—	
Diamètre de la tête :			
Diamètre occipito-frontal	14	cent.	1/2
— — mentonnier	15	—	1/2
— bi-pariétal	12	—	
— sous-occipito-bregmatique	10	—	1/2

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La vaccine obligatoire à l'Académie de médecine. — Nous avons entretenu nos lecteurs dans le précédent numéro de la longue discussion qui avait occupé l'Académie de médecine à propos de la vaccination obligatoire. Nous avons vu par quels arguments M. Depaul avait combattu le principe de l'obligation et comment il avait été soutenu dans cette voie par MM. Jules Guérin et Hardy.

Deux séances (19 et 26 avril) ont encore été employées à entendre MM. Hardy, Larrey et Blot. Enfin, dans la séance du 3 mai, la discussion s'est terminée par l'adoption des conclusions du rapport de M. Blot.

MM. Jules Guérin, Depaul et Hardy n'ont pas cependant abandonné la lutte. Nous reproduisons le compte rendu de la séance du 2 mai, qui a été très accidentée.

M. Jules Guérin a proposé l'amendement suivant :

« Tout en protestant de nouveau, et à l'unanimité, de son entière confiance dans la vaccine, l'Académie regrette de ne pouvoir s'associer à la proposition qui lui est soumise de *rendre la vaccine obligatoire*.

« Premièrement, parce que cette mesure lui paraît inutile et peu compatible avec l'esprit de progrès scientifique.

« Secondement, parce qu'elle est contraire aux prérogatives de la profession médicale et aux libertés du citoyen.

« Animée toutefois du plus vif désir de voir la vaccination et les revaccinations se généraliser de plus en plus,

« L'Académie émet le vœu que les Chambres et le Gouvernement assurent par des allocations suffisantes le développement et le perfectionnement des institutions vaccinales, comme un des principaux moyens de multiplier les applications de cette précieuse méthode, et de servir efficacement les intérêts des populations. »

Cet amendement, mis aux voix, n'est pas adopté.

M. Depaul monte à la tribune et donne lecture de l'amendement suivant :

« Attendu que la vaccination et la revaccination représentent la méthode prophylactique la plus sûre pour prévenir les épidémies de variole et pour les éteindre quand elles se produisent ;

« Attendu qu'il s'agit d'une question d'hygiène publique de premier ordre, et que jusqu'à ce jour le Gouvernement n'est intervenu que par une circulaire ministérielle du 10 juillet 1823 dont l'expérience a montré l'insuffisance, et qui d'ailleurs est tombée dans un oubli à peu près complet.

« Attendu qu'il est démontré que, dans les pays où des lois ont été promulguées pour rendre la *vaccination obligatoire*, leur application s'est heurtée à de telles difficultés qu'on a dû les laisser de côté et qu'elles n'y existent plus qu'à l'état de lettre morte, puisqu'on a dû renoncer à la sanction qu'elles comportent ;

« Attendu que les statistiques sur lesquelles on s'est appuyé pour montrer les avantages de l'*obligation* laissent beaucoup à désirer, et qu'il en a même été produit qui parlent en sens contraire ;

« Considérant que l'*obligation* de la vaccination et de la revaccination porte une atteinte grave à l'autorité du père de famille en ce qui touche le droit incontestable qu'il a de diriger la santé de ses enfants et aussi la sienne.

« Considérant que la vaccination, malgré les avantages qu'elle offre, n'est pas exempte de tout inconvénient, et qu'elle peut être le point de départ d'accidents d'une gravité extrême ;

« Considérant que la France est un des pays où la vaccination est

le plus universellement acceptée, et que ce qu'il faut surtout, c'est que les médecins trouvent en tout temps et en tous lieux du vaccin vivant, c'est-à-dire pris sur l'homme ou l'animal au moment de s'en servir ;

« Considérant qu'il ne suffit pas que du vaccin ait été inoculé, mais qu'il est de toute nécessité que le médecin suive les résultats de son opération pour constater, par la forme et la marche des pustules, que la vaccine produite réunit bien un ensemble de caractères qui seuls donnent une sécurité complète ;

« Vu la circulaire ministérielle du 10 juillet 1823.

« Article unique : A partir du 1er janvier 1882, la pratique de la vaccination et de la revaccination sera réorganisée sur des bases nouvelles dans toute l'étendue du territoire de la République française.

« Un règlement d'administration interviendra pour assurer l'exécution de cette loi. »

L'amendement de M. Depaul, mis aux voix, n'est pas adopté.

M. Hardy monte à la tribune et propose l'amendement suivant :

« Pour combattre les effets funestes de la variole, l'Académie pense qu'il n'est pas nécessaire de décréter la vaccine obligatoire, à la condition que le service de la vaccine obtienne les fonds nécessaires à son extension et à son perfectionnement. »

Cet amendement, mis aux voix, n'est pas adopté.

M. Larrey commence la lecture d'un contre-projet qu'il se propose, dit-il, de présenter à la Chambre des députés, si l'Académie veut bien lui donner son approbation. L'orateur cesse sa lecture sur l'observation qui lui est faite que l'on ne demande pas à l'Académie de contre-projet.

M. le Président met aux voix les conclusions du rapport de la commission. Un scrutin est demandé pour le vote de la première conclusion.

Première conclusion : L'Académie pense qu'il est urgent et d'un grand intérêt public qu'une loi rende la vaccination et la revaccination obligatoires.

Cette conclusion est adoptée par 46 voix contre 19 et 2 bulletins blancs.

Deuxième conclusion : Quant à la revaccination, elle doit être encouragée de toutes les manières, et même imposée par les règlements

d'administration dans toutes les circonstances où cela est possible. (Adoptée.)

L'Académie adopte également l'amendement de M. Trélat comme annexe de la deuxième conclusion. Voici cet amendement :

Quant à la revaccination, elle doit être encouragée de toutes les manières, et même imposée *par les pouvoirs municipaux partout où les médecins des épidémies et les Conseils d'hygiène leur auront signalé la nécessité de cette mesure.* (Adopté.)

L'Académie, enfin, adoptant une proposition de M. Léon Le Fort, émet le vœu qu'une loi annexée à la présente loi sur la vaccination et la revaccination obligatoires prescrive l'isolement des varioleux, à l'imitation de certains pays étrangers, tels que l'Allemagne, la Russie, etc., où la loi oblige, sous sanction pénale, de poser sur la porte de toute maison contenant un varioleux un écriteau portant cette inscription : « Ici, il y a un varioleux. »

M. Blot propose, comme mode de transmission de la réponse de l'Académie aux pouvoirs publics qui l'ont consultée sur cette question, le tirage à part de la présente discussion et l'envoi du volume aux membres de la Chambre des députés.

Ainsi s'est terminée cette grande discussion. Une seule chose nous a surpris, c'est qu'elle se soit prolongée aussi longtemps. Le sentiment de l'Académie était connu depuis longtemps et nous devons reconnaître que la majorité de cette compagnie a fait preuve de courtoisie en écoutant aussi longtemps les orateurs qui combattaient le projet.

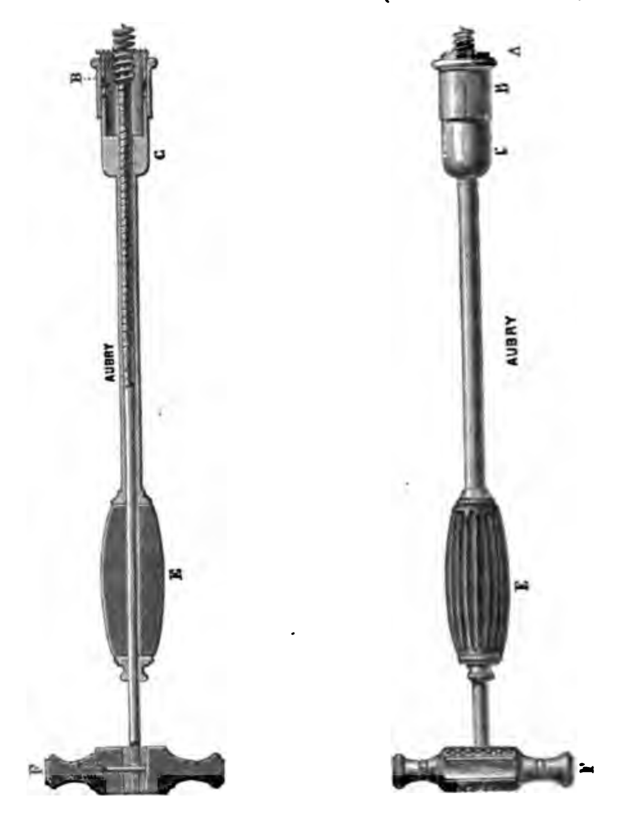
A. Lutaud.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. le Dr Lucas-Championnière présente de la part du Dr Witkowski un crâniotome trépan. Cet instrument qui a donné de bons résultats à l'inventeur, ainsi qu'au Dr Régnier, de Corneilles en Parisis, se compose d'une sorte de tire-bouchon servant à fixer le crâne pendant qu'on fait agir la couronne du trépan. De cette façon on ne risque pas de glisser sur les parties fœtales et de blesser les parties maternelles ; enfin la substance cérébrale trouve une large issue pour

sortir, et il n'y a pas à la suite du broiement production d'esquilles dangereuses.

(*Séance du 27 avril*).



REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Difficultés et dangers de l'opération de Batley, par G. ENGELMANN (de Saint-Louis).

L'auteur, qui se déclare partisan de l'extirpation des ovaires, a déjà traité ce sujet au point de vue des indications dans l'*Am. Journ. of Obst.*, 1878, p. 459. Il ne parle maintenant que de ses difficultés

et de ses dangers. Les cas sur lesquels il fonde ses idées sont au nombre de 47; il a fait l'opération lui-même trois fois sur le vivant, et fréquemment sur le cadavre, par les méthodes abdominale, vaginale, et *latérale directe*.

Il ne considère que l'opération par la méthode abdominale, car les cas lui paraissent rares où la méthode vaginale puisse être employée. Cette dernière est sans doute moins souvent fatale; mais elle ne donne pas d'aussi bons résultats : par l'opération abdominale, on a eu 12,3 p. 100 de morts, et seulement 17,6 par la voie vaginale. Il n'y a pas eu une opérée dont l'état n'ait été amélioré par la méthode abdominale; la méthode vaginale a laissé 52,9 p. 100 de malades sans amélioration; quelques-unes ont empiré; 29,4 p. 100 ont été améliorées par l'opération vaginale, et la méthode abdominale a fait du bien à 57,5 p. 100 des opérées.

Puis, par la voie vaginale, on n'est jamais certain de pouvoir achever l'opération; car il est à peu près impossible de connaître à l'avance l'état des organes pelviens; et, si l'ovaire est fixé par des adhérences ou englobé dans des produits inflammatoires, l'opérateur ne pourra l'enlever par le vagin. Sur 18 opérations tentées par la méthode vaginale, 6 1/2 n'ont pas pu être achevées; une a été abandonnée par Sims, une par Thomas, qui réussit plus tard par la méthode abdominale; dans 4 cas, Batley ne put pas enlevèr les ovaires entiers, ce qui fait que pratiquement l'opération n'a pas été finie. Elle expose la malade aux dangers d'une opération, sans qu'on soit certain de lui enlever l'organe, cause de sa maladie; la méthode abdominale permet, plus ou moins difficilement, de le faire toujours. C... ne considère que l'incision sur la ligne blanche, qui se fait le plus souvent.

L'idée de la méthode latérale directe a été suggérée à E... par le Dr Frenholme; elle permet d'atteindre plus directement l'ovaire, mais elle exige deux incisions semi-lunaires dans les régions ilia ques, expose à blesser l'artère épigastrique, et ne ménage pas le péritoine. E... ne l'a fait que sur le cadavre; il estime que des opérateurs habiles l'étudieront.

Hegar (nos 136-138 des *Volkmann's klinische Vorträge*) a opéré trois fois par la méthode latérale directe (*Flankenschnitte*), une fois pour une ovarialgie, avec ovarite, deux fois pour des tumeurs utérines. Ce sont trois succès; cependant H... restreint, avec raison, l'opération latérale aux cas où existent des adhérences latérales, et où les ovaires ne sont pas pris dans des produits pathologiques. Dans les cas de tu-

meurs utérines, il propose d'inciser droit sur l'organe. Je crois aussi que l'opération latérale doit être suivie pour certains cas.

L'incision sur la ligne blanche est toujours sûre; elle permet toujours de terminer l'opération; on peut étendre l'incision autant qu'il est nécessaire.

L'incision faite droit sur l'ovaire, en quelque point qu'il se trouve, est indiquée dans les cas de déplacement de cet organe. L'incision latérale semi-lunaire peut être faite lorsque l'ovaire est tiré vers les côtés du bassin par les adhérences ou par une version des ligaments; mais le diagnostic de ces conditions est fort malaisé, et des complications imprévues, survenant au cours de l'opération, peuvent la rendre dangereuse.

L'opération de Batley n'est point difficile, lorsque les organes ont conservé leurs rapports normaux, ce qui est rare dans les cas où l'enlèvement des ovaires est indiqué.

CAS I. — Hystéro-névrose menstruelle des bronches, asthme menstruel; malade fort émaciée; cependant l'opération ne fut pas aussi facile qu'elle le paraissait. L'ovaire gauche, très aisé à trouver, était peu adhérent; mais les ligaments larges étaient si fortement tendus qu'il ne fut pas possible avec les doigts d'amener l'organe au dehors. Ma main était gênée par les spasmes des muscles abdominaux, et le pouls et la respiration de la malade faiblissaient aussitôt qu'on approchait de l'anesthésie complète. Il fallut saisir l'ovaire avec de fortes pinces, pour pouvoir le lier. L'ovaire droit fut moins difficile à enlever. L'opération fut encore compliquée par une hémorrhagie abondante qui m'obligea de faire porter à 12 centimètres la longueur de l'incision.

CAS II. — Ovarialgie, névroses réflexes des seins, de l'œil, de la tête, dysménorrhée ovarique, crises épileptiques, dégénérescence kystique de l'ovaire; mulâtresse.

L'incision fut faite d'emblée depuis la symphyse jusque tout près du nombril, à travers une couche de graisse de près de 50 millimètres d'épaisseur. Pas d'hémorrhagie. Il fut malaisé de trouver l'ovaire gauche, réduit en plusieurs kystes qui, au toucher, ressemblaient à des anses intestinales; l'un d'eux adhérait à l'épiploon. La ligature de l'ovaire fut difficile, et j'y compris un kyste du *parovarium*. L'ovaire droit, accompagné aussi d'un kyste parovarique, fut lié plus aisément.

CAS III. — Ovarite, ovaralgie, douleur pelvienne constante, avec exacerbations menstruelles et cellulite à répétitions.

Les ovaires, en dégénérescence graisseuse, étaient si profondément engagés dans les plis du ligament large, qu'ils étaient immobilisés, fixés aux côtés et au plancher du bassin. Avec grand'peine je réussis à placer des ligatures insuffisantes autour de l'ovaire gauche; le droit était si intimement fondu avec le ligament large, et si absolument adhérent aux parois pelviennes, qu'il eût été inutile d'essayer de lui appliquer une ligature. Sur l'avis des chirurgiens qui m'assistaient, je prolongeai l'incision jusqu'à 52 millimètres au-dessus de l'ombilic, j'attirai les intestins hors du bassin; je pus alors comprendre toute la masse dans une ligature et enlever les deux ovaires. Cette opération dura plus de deux heures; les deux premières, une heure seulement.

Les Drs Hodgen et Baumgarten, qui m'ont assisté, peuvent témoigner de l'absurdité qu'il y aurait eu à penser même à fixer le pédicule dans l'incision, comme Sims paraît l'avoir fait sans difficulté dans ses premiers cas. Dans son cinquième, il fixa les pédicules dans l'angle inférieur de la plaie, et les serra dans un clamp, ce qu'il considère comme une faute, car la malade en souffrit beaucoup.

Hegar, qui a fait sa première opération pour des hémorrhagies causées par des fibroïdes, raconte que, après avoir enlevé l'ovaire gauche, il lui fut impossible, à cause de la tension du ligament, d'amener le droit dans l'incision; qu'il dut le lier dans le bassin, et qu'il n'eût ainsi qu'un pédicule très court. Dans un autre cas, l'ovaire était fixé à la trompe, qui était pleine de pus; Hégar fut obligé de placer la ligature dans le bassin, et d'enlever avec l'ovaire la trompe et une grande partie du ligament large. Sa ligature ayant glissé, il fut forcé d'en mettre une seconde.

Kaltenbach (*Volkmanns, klinische Vorträge*, 196, 198) eut le malheur, en tirant sur l'ovaire, de déchirer la trompe, qui était pleine de pus et adhérait à l'ovaire. L'accident ne fut reconnu qu'à l'autopsie, l'opérée ayant succombé à une péritonite septique.

Freund (*loc. cit.*) dut faire sortir la tumeur de la cavité abdominale avant de pouvoir saisir les ovaires. La rotation de l'utérus avait amené l'ovaire gauche près du pubis; en liant le pédicule, qui était fort court, l'opérateur déchira la séreuse utérine, ce qui donna lieu à un écoulement fort incommode. La ligature de l'ovaire, quoique faite beaucoup plus profondément, fut bien plus aisée.

La seconde opération de Martin (*Berlin. klinische Wochensch.*, 1878, n° 16, p. 226), indiquée par des douleurs, des hémorrhagies et des convulsions dues à des noyaux utérins, fut aussi fort difficile. « L'examen, dit M..., me fit trouver l'ovaire gauche dans la pro- « fondeur du bassin ; le droit, près du détroit supérieur. L'ovaire « droit était aisément accessible, mais il était embrassé par la trompe, « pleine de liquide, et tout près se trouvait une petite tumeur du « ligament large. J'enlevai le tout. Pour atteindre l'ovaire gauche, « je dus sectionner en travers le muscle droit du côté gauche, et « porter ma ligature profondément, faute de pouvoir attirer l'ovaire « à moi. La malade se remit rapidement. »

Il est très difficile, quelquefois même impossible, d'enlever les ovaires entiers par l'incision vaginale ; les échecs de Sims, Thomas et Batley sont dus en grande partie au morcellement de l'organe, nécessité par la méthode vaginale. Voici, en résumé, ce que dit Batley lui-même : « L'ovaire était englobé dans de la lymphe pelvienne. Le « Dr Sims (Batley n'étant pas certain) reconnut l'ovaire, et l'ongle de « mon doigt en détacha des morceaux que je fis voir aux Drs Gross « et Sagre. Il fut impossible d'isoler l'ovaire entier, et je dus me « contenter d'en enlever ce que je pus avec mon ongle. »

Le plus souvent, cette opération est bien plus malaisée que l'ovariotomie ordinaire, dans laquelle nous avons affaire à une masse énorme, soutenue par un pédicule nettement distinct qu'on peut lier à ciel ouvert. Puis les parois abdominales ont subi une grande distension, et lorsque le kyste a été ponctionné, elles ne gênent point les mouvements de la main.

De plus, dans les cas où l'opération est indiquée, les viscères pelviens et les ovaires sont plus ou moins malades. Sur 43 cas dont je possède les détails, l'opération fut faite 27 fois pour des douleurs ovariques (21 cas d'ovarites, d'ovaralgies, 6 de dysménorrhée ovarienne). L'ovaire est souvent kystique et adhérent aux organes voisins à la suite d'une inflammation pelvienne ; on rencontre assez souvent une hématocèle.

Dans les 16 autres cas, l'opération était indiquée : 11 fois par des hémorrhagies dues à des fibroïdes, 3 fois par des malformations des organes sexuels, et 2 fois par des névroses réflexes. Dans ces cas, les conditions opératoires sont moins mauvaises, quoiqu'il puisse se rencontrer des restes de pelvi-cellulite. Les cas cités prouvent la difficulté qu'il y a quelquefois à saisir et à lier l'ovaire déplacé et adhé-

rent; le plus habile diagnosticien ne peut reconnaître à l'avance les périls que lui réserve chaque pas opératoire; il doit donc être prêt à tout imprévu.

L'opération est plus dangereuse qu'on ne l'avait cru. Sur 43 opérations il y a eu 14 morts (32,55 p. 100), et 29 guérisons (67,44 p. 100). Sur les 27 cas dans lesquels l'opération a été faite pour une maladie ovarique, 9 malades succombèrent (33,33 p. 100), et 18 (66,66 p. 100) survécurent.

Dans le mémoire que Batley a lu à l'Association médicale de Géorgie (*Atlanta med. and surg. Journ.*, 1873), il disait : « Tout en reconnaissant le danger vital de l'*ovariotomie normale*, je vous prie d'admettre que ce danger n'est pas grand, et qu'il n'est en proportion « ni avec la gravité du mal, ni avec la grandeur des résultats qu'elle « donne. »

Engelmann, tout en acordant à Batley que les résultats sont remarquables, ajoute que l'opération est plus dangereuse que B... ne le dit, et qu'elle est réellement plus périlleuse que l'ovariotomie ordinaire, surtout lorsque dans l'opération de Batley on veut faire l'enlèvement complet des deux ovaires.

Dans le même travail, Batley fait remarquer que la castration chez la femelles domestiques, faite de tout temps, est loin d'être fort dangereuse.

Hegar (*Centralblatt f. Gyn.*, p. 27, n° 2, 1878) espère que, dans l'avenir, cette opération deviendra aussi innocente que l'ovariotomie ordinaire; et « si on la fait dans les circonstances les plus propices, « lorsque les organes intéressés dans l'opération ne présentent pas « d'altérations pathologiques, nous pouvons en attendre les mêmes « résultats favorables que nous donne la castration des animaux « sains. »

La comparaison, répond Engelmann, n'est pas soutenable. Nous savons combien les animaux sont moins exposés que l'homme à l'inflammation. Leur réaction au traumatisme est bien moindre que la nôtre; l'opération elle-même est aisée chez eux, comparativement aux difficultés qu'elle présente chez la femme, augmentées encore par la maladie des organes, laquelle constitue l'indication opératoire. Les ligaments des femelles sont beaucoup plus lâches; on peut aisément attirer les ovaires, l'utérus même, près de l'abdomen.

Le Dr Grainet (de Saint-Louis) a opéré deux chiennes. Une fois il a enlevé un ovaire et les deux cornes utérines, à travers une seule

incision latérale; l'animal se mit à courir tout de suite après, et se rétablit sans avoir présenté un seul symptôme grave. Une autre fois il enleva les deux ovaires, à travers deux incisions inguinales. La chienne fut peu indisposée et se remit. Batley, remarquant la diminution progressive des décès dans l'ovariotomie, ajoute : « N'avons-« nous pas, dans l'ovariotomie normale, des conditions encore plus « favorables, et ne pouvons-nous pas espérer des résultats encore « meilleurs que ceux obtenus dans la première? »

Engelmann n'hésite pas à dire : Non. Le danger est plus grand, les conditions sont plus fâcheuses. L'enlèvement des kystes uniloculaires non adhérents est incomparablement plus aisé que celui d'ovaires dégénérés adhérents dans la profondeur du bassin.

La statistique des 43 premières ovariotomies non choisies, dont quelques-unes n'ont pas été achevées, donne de 67,44 à 80 p. 100 de survie. Dans cette opération, survie est presque synonyme de guérison; il n'en est pas de même pour la castration : sur 20 survivantes. 9 seulement (45 p. 100) sont guéries; 11 sont plus ou moins améliorées. Sans doute le nombre des guérisons ira en progressant, mais le nombre des morts le suivra quand on enlèvera *complètement les deux ovaires*.

Voici pourquoi l'opération de Batley est plus dangereuse que l'autre ovariotomie :

1° Elle est plus délicate et plus difficile parce que, dans la plupart des cas où elle doit se faire, la main du chirurgien est obligée d'aller au fond de la cavité pelvienne, chercher à détacher de ses adhérences la glande englobée dans les produits inflammatoires.

2° Sauf dans des cas fort exceptionnels, le pédicule ne peut être fixé dans l'incision; encore ce pédicule n'est-il qu'une masse déchirée et entourée de tissu meurtri.

3° Le péritoine, au moins dans la cavité abdominale, est sain, prêt à répondre à la moindre attaque; dans les cas de tumeur ovarique, le frottement constant et la pression constante qu'il a subis ont modifié sa sensibilité et son *absorptivité*, l'ont *endurci*; et il risque donc moins de réagir et d'absorber les matières septiques.

Engelmann termine son travail par des éloges adressés à Batley, et en disant : « Malgré ses périls, je ne puis que répéter : ils ne sont pas « hors de proportion avec la gravité de la maladie ni avec la gran-« deur des résultats (*Comptes rendus de l'Association médicale américaine*). »

A. CORDES.

Le forceps, ses indications et son application, par ENGELMANN (de Saint-Louis).

Dans ce court mémoire, l'auteur se prononce d'une façon générale en faveur du forceps long et courbé, qui peut servir, à quelque hauteur que se trouve la tête dans le bassin, et dont la courbe est calculée pour s'adapter à celle du canal pelvien.

Le forceps court, au contraire, ne peut s'appliquer que dans un nombre limité de cas ; il est donc inutile d'en encombrer son sac d'accouchement; puis il est préférable de n'avoir qu'un instrument, qu'on maniera d'autant mieux qu'on y sera plus accoutumé. « Mais « quel est le meilleur des forceps longs? Nægel, Busch, Martin, « Levret, Barnes, Simpson, Hodge ? Votre choix me semble de peu « d'importance, pourvu que vous sachiez vous servir de celui que « vous employez... *La main qui conduit l'instrument est de plus de* « *valeur que l'outil* ; ce qu'il faut savoir, c'est *comment* il faut l'em- « ployer, mais pas de *quel* instrument nous devons nous servir. »

Le forceps est surtout un tracteur; comme levier, il sert à peu de chose, et encore surtout dans les cas simples, où la nature ferait probablement seule exécuter à la tête le mouvement nécessaire ; dans les cas où la tête est serrée ou fixée dans le canal, il serait impossible ou dangereux de se servir du forceps comme d'un levier.

Il ne faut pas non plus l'employer comme compresseur; on ne doit comprimer la tête que juste assez pour la bien tenir. Le forceps, qui n'appuie sur la tête que par une petite surface, ne peut pas faire rapidement, au point de vue de la réduction, ce que peut obtenir la contraction utérine, également répartie, et dont l'action se continue longtemps. Si l'instrument amène une tête fort allongée, ce n'est pas lui qui l'a ainsi passée à la filière, c'est la résistance des parois pelviennes inflexibles ; la tête, tirée par le forceps, sort comme le bouchon, saisi par une ficelle, à travers le cou rétréci de la bouteille.

L'application du forceps est nécessaire :

1° *Lorsqu'il est improbable que l'accouchement se fasse par les seules forces de la nature*, soit que la force expulsive manque, que les douleurs soient faibles ou déficientes, ou qu'il y ait une légère disproportion entre les dimensions de la tête et celles du bassin. Il serait imprudent, quelquefois même criminel, d'attendre que l'expulsion naturelle soit impossible. La faiblesse momentanée des douleurs n'est pas une indication suffisante.

2° *Quand un danger, que peut conjurer une prompte délivrance, menace la mère et l'enfant*; ainsi la faiblesse de la mère, des vomissements excessifs, des convulsions, des souffrances très vives chez une femme nerveuse dans quelques cas, une hémorrhagie utérine; une insertion vicieuse du placenta, la rupture de l'utérus. La rupture utérine indique le plus souvent la version, de même que l'insertion vicieuse, car il n'y a pas de nécessité à terminer immédiatemement, puisque, si le forceps est applicable, la tête sert comme de tampon, et s'oppose à l'hémorrhagie. La délivrance instrumentale est indiquée aussi par la chaleur et la sécheresse extrême des parties maternelles, et par l'œdème, qui peuvent en faire craindre la rupture.

Du côté de l'enfant. Le forceps doit être appliqué lorsque les battements cardiaques faiblissent et se ralentissent, lorsque la bosse sanguine presse trop fortement sur la tête ; dans quelques cas de prolapsus folliculaire, dans lesquels cependant nous aurons le plus souvent recours à la version, car le cordon procède habituellement lors de la rupture des membranes ; il faut alors délivrer immédiatement. L'auteur paraît considérer la version comme le moyen le plus prompt de délivrance. Elles sont les indications précises du forceps. Il ne faut pas l'appliquer surtout au détroit supérieur, sans que l'une d'elles soit bien établie. Mais il est bien plus difficile de fixer les règles qui nous dirigent pour l'emploi de cet instrument dans un grand nombre de cas dans lesquels on l'applique maintenant, lorsque la nature pourrait, à elle seule, achever l'accouchement sans danger réel pour la mère et pour l'enfant. Cette précision n'est pas non plus indispensable, puisque cette opération faite souvent pour soulager la mère, pour lui ménager ses forces et lui épargner quelques heures de souffrances inutiles, est assez simple, réellement innocente dans des mains habiles.

L'application du forceps, dans l'excavation ou à la vulve, peut être faite, si les conditions ci-dessus énoncées existent, pour soulager une femme nerveuse ou craintive, lors même que l'opération n'est pas scientifiquement indiquée. Ces conditions sont :

1° Le bassin doit être normal, ou à peu près. Il ne faut pas placer le forceps dans un bassin dont le diamètre exagéré a moins de 78 millimètres; encore faut-il que la tête fœtale soit petite.

2° Les parties molles doivent être souples ; tout rétrécissement, surtout ceux qui siègent au-dessus de l'orifice externe, sont des contre-indications plus ou moins absolues.

3° L'orifice doit être dilaté, ou proche de l'être, car l'application du forceps exige une dilatation plus complète que toute autre opération.

4° Les membranes doivent être rompues et la tête doit avoir franchi leur ouverture. Si elles enveloppent encore la tête, le forceps les saisira et risquera de détacher prématurément le placenta, ce qui risque fort d'amener une hémorrhagie fatale.

5° La tête doit être fixée et ne pas se trouver au-dessus du détroit supérieur; il est mieux qu'elle soit déjà engagée. Les *contre-indications permanentes* sont : l'étroitesse du bassin, les rétrécissements prononcés des parties molles, l'hydrocéphalée fœtale, la putréfaction de la tête.

Moment de l'application.

Si la mère de l'enfant est en danger, il faut appliquer le forceps aussitôt que les conditions le permettent ; pour les cas où le danger n'est pas imminent, nous ne pouvons pas formuler de règle; l'accoucheur se laissera diriger par son jugement et par l'habileté plus ou moins grande qu'il a acquise dans le maniement de l'instrument. Une pression prolongée subie par les tissus maternels est certainement plus dangereuse que l'application d'un forceps dirigé par une main habile. Le Dr Priestley (1) a eu raison de dire que la somme de pression que chaque femme et chaque enfant ont supporté sans danger varie de l'un à l'autre, et que ce n'est pas uniquement par le temps écoulé que l'accoucheur doit se laisser diriger. Avec justice aussi, a-t-il montré la situation du médecin isolé, du médecin de campagne dans ces cas délicats.

Application du forceps.

Si le médecin a été retenu d'avance, il doit s'assurer que, pendant les dernières semaines, les fonctions du ventre ont été régulières, et faire vider le rectum au début du travail. Avant d'employer les instruments, il doit vider la vessie. *La parturiente doit être placée sur le dos dans tous les cas* (2). Si la tête n'est pas élevée, amenez la mère vers le pied du lit, faites relever le siège par un coussin dur, fléchir les cuisses et appuyer les pieds contre le bois du lit; dans cette posi-

(1) *Obstetrical Transactions*, 1878, p. 22 (A.-C.).

(2) C'est le traducteur qui souligne (A.-C.).

tion, vous pouvez commodément, et sans trop découvrir la patiente, faire votre opération, tout en restant debout vous-même. Si la tête est encore très élevée, comme il faudra ramener les manches du forceps en arrière, la parturiente doit être placée en travers du lit; vous vous assoierez sur une chaise entre les jambes de la patiente, placées chacune sur une chaise. Sa tête ne sera pas très basse et ses membres inférieurs seront couverts. Les Anglais plaident pour le décubitus latéral qui, disent-ils, découvre moins la patiente; je crois que sa pudeur est aussi bien sauvegardée et qu'elle subit moins de déplacement dans le décubitus dorsal. Dans les cas difficiles, les Anglais adoptent le décubitus dorsal. Barnes, lui-même, quoique partisan du décubitus latéral gauche, reconnaît que vers la fin de l'extraction, il est souvent utile de faire tourner la parturiente sur son dos, pour se faire aider par la gravitation et permettre à l'assistant de presser plus commodément l'utérus dans la direction des axes pelviens, et faciliter la rotation du manche du forceps autour du pubis. Il vaut donc mieux commencer l'opération dans le décubitus dorsal.

L'anesthésie n'est pas aussi nécessaire que pour la version. Elle facilite beaucoup la tâche de l'opérateur lorsque la tête est très élevée. « Je n'introduis pas le forceps avant que la patiente soit bien « sous l'influence du chloroforme, qui n'est pas plus dangereux que « l'éther pour les parturientes. Les douleurs ne sont pas supprimées « et la traction ne se fait que pendant la contraction. »

Règles générales.

1° S'assurer exactement de la position de la tête, puisque c'est elle qui décide du mode d'application de l'instrument.

2° La tête doit être saisie par son diamètre transversal; la forme du bassin gouverne l'introduction du forceps, mais c'est la situation de la tête qui dirige son application et son adaptation. Les branches doivent être introduites dans les fosses sacro-iliaques, où il y a le plus de place, et non sur les côtés du bassin; elles sont ainsi plus faciles à conduire quand elles sont dans l'utérus; l'une saisit toujours la tête à l'un des pôles de son diamètre transversal; il faut alors faire toucher l'autre de telle sorte qu'elle s'applique en face de la première; l'articulation est alors aisée. Si l'on applique les cuillères des deux côtés du bassin, la tête peut être saisie par son diamètre antéro-postérieur, et on risque de blesser le sinus longitudinal.

3° Si le diagnostic de la position n'est pas possible, placez les branches des deux côtés du bassin.

4° Tenez le forceps légèrement, comme une sonde ou une plume à écrire; *n'employez pas de force pour l'introduire.*

5° Introduisez d'abord la branche gauche, la branche inférieure qui s'applique dans la fosse sacro-iliaque gauche et non celle qui est la plus difficile à placer.

6° Quand le diamètre oblique droit est occupé par la tête, comme dans l'O. I. G. A., faites tourner la branche droite, de sorte qu'elle se trouve en face de la gauche, placée la première; le forceps s'articule alors aisément et *vice versâ*, lorsque le diamètre longitudinal de la tête occupe le diamètre oblique gauche du bassin.

La cuillère est bien placée lorsque son extrémité devient mobile; quand elle a bien saisi la tête, on ne peut la retirer en l'attirant directement à soi. Si l'articulation est difficile, il ne faut pas forcer, mais retirer la branche droite et la mieux appliquer. Une fois l'instrument en place, on doit s'assurer de la position respective de la tête et du forceps; la suture sagittale doit se trouver au milieu entre les cuillères.

Il ne faut point se presser dans l'extraction, mais laisser à la tête le temps de se mouler, *et ne tirer que pendant les contractions* (1); dans leur intervalle, il faut seulement exercer la force nécessaire pour maintenir l'avance que la traction a obtenue.

Le mouvement de va-et-vient d'avant en arrière doit être proscrit; les mouvements de latéralité sont quelquefois utiles, mais ils doivent être faits prudemment, surtout à la vulve.

Je ne compte que sur la traction pour l'extraction de la tête, mais c'est l'adresse plus que la force qui doit diriger la main. Tirez suivant les axes, en ramenant les manches du forceps de plus en plus en avant, à mesure que la tête progresse. Soutenez, ou faites soutenir le périnée pendant le passage de la tête, mais surtout au moment où les épaules franchissent la vulve.

Dans les positions O. P., il faut délivrer, sans chercher à les rectifier autrement que par un changement de position de la patiente. Il vaut mieux ne pas servir du forceps pour forcer la rotation.

Pour la tête dernière, j'ai toujours réussi sans le forceps, par la méthode d'expression de Credé. A. CORDES.

---

(1) C'est le traducteur qui souligne (A.-C.).

REVUE DES JOURNAUX.

Statistique de 250 cas de cancers du sein, par le Dr Oldekop.

L'auteur publie un rapport sur 250 cas de carcinomes du sein, qui furent traités à Kiel dans les salles du professeur Esmarch entre les années 1850 et 1878. De ces malades, 21 ne furent pas opérées. Sur les 229 restantes, 23 moururent des suites de l'opération. Les tumeurs reparurent dans 109 cas; dans 43 elles ne reparurent pas; quelques-unes de ces personnes atteintes existent encore; d'autres sont mortes de différentes maladies. 54 ont été perdues du vue après qu'elles eurent quitté l'hôpital. La majorité des malades étaient entre 46 et 50 ans; la moyenne de l'âge auquel la maladie parut pour la première fois était 48 ans. Parmi ces malades, 208 étaient mariées, et 30 célibataires. Sur 103 qui avaient eu des enfants, 36 avaient souffert de métrite puerpérale. Dans 9 cas, la tumeur provenait de nodules laissés par les métrites antérieures. Les données sur des maladies antérieures étaient incertaines.

Le cancer affectait le sein droit dans 123 cas, et le gauche dans 102. La partie supérieure et extérieure de la glande était le plus fréquemment affectée. Dans 11 cas, il existait une prédisposition héréditaire, mais dans 60 autres, aucun danger de cette nature ne devait être signalé. Sur 31 cas dans lesquels les glandes axillaires n'avaient pas été atteintes, la moyenne de la durée de l'existence après l'opération était de 45 mois. La période sans rechute était de 6 mois. Sur 57 cas dans lesquels les glandes furent enlevées, la moyenne de la durée de la vie après l'opération était de 34 mois 8 ; la période sans rechute de 2 mois 5. La moyenne de la vie à partir de la première manifestation de la maladie était de 22 mois 6 pour les malades non opérées et de 38 mois pour celles qui avaient subi l'opération. Sur 325 malades 287 opérations furent pratiquées ; il y eut 23 morts. Sur 184 opérations faites avant l'emploi de la méthode de Lister, il y avait 16 morts, c'est-à-dire une mortalité de 8. 7 p. 100; sur 77 opérations faites en s'entourant de précautions antiseptiques, il y avait 7 morts, c'est-à-dire une mortalité de 9. 1 p. 100. La moyenne de la convalescence était d'abord de 5 semaines 2, mais après que l'on eut adopté la méthode de Lister, elle tomba à 4 semaines 6. Dans 40. 9 p. 100, des malades chez lesquelles on extirpa la mamelle entière avec les glandes, il y eut une mortalité de 13 p. 100. Sur les 23 morts entraînées par

l'opération même, 12 étaient dues à des maladies accidentelles chirurgicales, 4 à des tempéraments épuisés et à des hémorrhagie secondaires, 1 à une pneumonie, et 6 à des causes qui ne furent pas clairement reconnues. Des érysipèles survinrent dans 15 cas, et entraînèrent la mort dans 5. Dans 45. 4 p. 100 des cas, les tumeurs récurrentes apparurent dans les trois premiers mois après l'opération après cette période; elles devinrent promptement moins fréquentes et après un an elles ne se voyaient plus que dans 18 cas ou 16 p. 100. On n'observa que dans un cas le retour de la tumeur après trois ans d'intervalle, et encore il pouvait s'élever un doute à cet égard. Il résulte delà, que trois ans peuvent être regardés comme la limite extrême de la réapparition des tumeurs récurrentes. Si cette observation est admise comme exacte, on peut considérer comme complètement guéris 23 des cas de Esmarch. Le siège de la reproduction du mal était bien plus souvent la *cicatrice* que l'aisselle, et quand l'opération était limitée à l'extraction des glandes de l'aisselle, c'est à la place de ces dernières que la rechute avait lieu. Le Dr Oldekop termine son article par un court abrégé de l'historique de 250 cas. (*Langenbeck's Archiv.*, vol. 24, et *New-York medical Record*, 31 juillet 1880.)

A. Lutaud.

Pathologie et traitement de la dysménorrhée membraneuse, par John Williams (*Transactions of the obstetrical Society of London*, vol. XIX).

Voici comment M. John Williams résume la pathologie de cette affection :

1° La membrane dysménorrhéale n'est pas le produit de la conception, mais la perte ordinaire des débris de chaque époque menstruelle.

2° Elle est expulsée en totalité ou en portions, comme conséquence de la présence d'un excès de tissu fibreux dans le corps de l'utérus ; cet excès est dû à une évolution imparfaite au moment de la puberté, ou à une involution imparfaite après l'accouchement, ou la fausse couche, ou bien, enfin, elle provient d'une inflammation aiguë.

3° La membrane ne résulte point de la congestion de l'ovaire, ni d'une hypertrophie de la décidue ordinaire.

4° L'inflammation chronique dont il s'agit est ordinairementle résultat de l'expulsion mensuelle d'une membrane déciduepro venant de

l'utérus et n'a qu'une part accidentelle dans sa production; l'inflammation peut cependant être indépendante de l'expulsion de la membrane, mais, habituellement, elle n'a aucune relation avec la formation de cette dernière.

5° La stérilité ne s'associe pas nécessairement avec l'affection, mais est le résultat de la condition amenée par le fait de la membrane expulsée de l'utérus, inflammation de l'utérus et des ovaires.

6° La membrane peut être expulsée sans douleur.

7° L'inflammation de l'utérus aggrave beaucoup les souffrances causées par le passage de la membrane le long du canal cervical.

8° On peut obtenir un grand soulagement en guérissant l'inflammation du col, bien que la membrane continue à être expulsée chaque mois.

9° Pour arriver à la guérison, la structure du corps entier de l'utérus doit être changée.

Ces conclusions nous paraissent parfaitement résumer l'état actuel de la science sur cette importante affection. Nous rappellerons que le Dr John Williams est un des premiers auteurs qui aient donné une description complète de la dysmenorrhée membraneuse.

A. Lutaud.

De l'état du col utérin hors l'état de grossesse, par le Dr Bandl (*Archiv fur Gynækologie*. Bd XIV, p. 237, et *Edinburgh med. journ.*, v. I, p. 753, 1880).

Après une revue historique quelque peu prolongée des différentes opinions concernant les rapports qui existent entre le segment inférieur utérin et le col utérin pendant la grossesse, l'auteur affirme que, dans l'utérus vierge, la cavité du cervix, comme l'indique la membrane muqueuse, s'étend beaucoup plus haut que chez les femmes qui ont eu des enfants, puisqu'on en trouve la trace jusqu'au milieu du corps de cet organe environ; que pendant la première grossesse la partie supérieure de cette cavité cervicale se transforme graduellement en une portion du corps de l'utérus, de façon à développer le segment utérin inférieur, sa membrane muqueuse étant devenue une véritable *membrane décidue*; sur cette surface, l'ovaire est adhérent.

Dans des grossesses subséquentes, la membrane muqueuse de cette

portion supérieure de la cavité cervicale ne retrouve jamais les caractères d'une membrane muqueuse cervicale. Selon Bandl, par conséquent, chez une femme qui a eu des enfants, ce qu'il appelle l'anneau de Müller, ordinairement appelé l'orifice interne de l'utérus, n'est pas le véritable orifice interne, mais l'extrémité inférieure de cette partie supérieure du cervix définitivement transformée.

La portion indiquée est séparée du reste de la cavité du corps, affirme-t-il, par un rétrécissement distinct des parois utérines. Selon Bandl, par conséquent, quand le cervix est grandement dilaté pendant la délivrance, la cavité ordinairement représentée par la dilatation complète du col n'est pas cette partie de l'utérus bornée à la partie supérieure par l'anneau de Müller, et à la partie inférieure par l'orifice externe, mais toute cette partie jointe à la portion supérieure transformée. — Il maintient que l'orifice interne original peut toujours être découvert, bien au-dessus de l'anneau de Müller, et près du milieu de la cavité du corps de l'utérus, chez une femme ayant eu des enfants. L'auteur a ajouté à son mémoire un certain nombre de planches pour appuyer son opinion, que nous nous bornons à reproduire sous toute réserve.

A. Lutaud.

VARIÉTES

Inauguration de la nouvelle Clinique d'accouchements et de gynécologie de la Faculté de médecine. — Cette cérémonie a eu lieu le 4 mai, dans l'amphithéâtre de la nouvelle Clinique. M. Vulpian, doyen de la Faculté, présidait; il était assisté de M. Dumont, directeur de l'enseignement supérieur, de M. Ch. Quentin, directeur de l'assistance publique. Le Conseil municipal était représenté par MM. de Hérédia, les Drs P. Dubois, Loiseau, Royé, Bourneville et M. J. Roche. Plusieurs professeurs et plusieurs agrégés assistaient à cette cérémonie, MM. Trélat, Sappey, Guyon, Bouchardat, Béclard; — MM. Tarnier, Budin, Chantreuil, etc. La presse médicale était représentée par MM. Brochin, de Ranse, Laborde, Révillout, Botentuit, etc. L'amphithéâtre était rempli de médecins et d'étudiants.

M. Vulpian a rappelé la participation du Gouvernement et de la Ville de Paris à la création de la nouvelle Clinique, rendu hommage

aux Chambres et au Conseil municipal qui ont fait pour la Faculté de médecine plus que tous les autres gouvernements. Il a indiqué la nécessité de développer l'enseignement pratique des accouchements et déclaré que de toutes les chaires demandées, la plus urgente, pour l'enseignement professionnel, était une seconde chaire de clinique d'accouchements. »

M. Depaul a ensuite pris la parole ; il a fait l'historique de la Clinique d'accouchements, il a fait en termes chaleureux l'éloge de l'architecte M. Ginain, qui s'est donné beaucoup de peine pour obéir à ses conseils, et relevé les critiques formulées contre la nouvelle Maternité.

M. Depaul a fourni ensuite d'intéressants détails sur la création de l'enseignement clinique des accouchements. La première chaire de ce genre aurait été installée à la Faculté de Strasbourg : M. Stolz en fut le titulaire. A Paris, Deneux, médecin de la famille royale, fut nommé professeur de clinique obstétricale, mais n'enseigna jamais. C'était un professeur *in partibus*. Il fut destitué en 1840, et ce ne fut qu'en 1834 que, à la suite d'un concours dont l'institution avait été réclamée par P. Dubois, que celui-ci organisa véritablement l'enseignement clinique des accouchements.

Après avoir rendu hommage à la mémoire de P. Dubois, son maître, M. Depaul a rappelé que, depuis l'époque où il fut nommé externe, il n'avait jamais quitté l'ancien hôpital des cliniques que pour venir au nouvel établissement. Pour être complet, nous devons dire que M. Depaul a fait aussi l'éloge du gouvernement républicain et reconnu les services rendus par le Conseil municipal à la Faculté. L'auditoire a souligné par des applaudissements prolongés les éloges adressées par MM. Vulpian et Depaul au Gouvernement de la République et au Conseil municipal.

Après ces discours, les nombreux assistants ont visité les différentes parties de la nouvelle *Clinique d'accouchements et de gynécologie*. (*Progrès médical*).

Le gérant : A. LEBLOND

PARIS. — TYPOGRAPHIE A. PARENT
A. DAVY, Success^r, imp. de la Fac. de méd., r. M.-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Juin 1881.

TRAVAUX ORIGINAUX

NOTE SUR UN CAS D'EPILEPSIE.

D'ORIGINE UTÉRINE.

Par le D[r] Terrillon,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine, Chirurgien des hôpitaux.

Les rapports qui peuvent exister entre l'hystérie et les phénomènes nerveux, résultats des affections utérines ou de l'état de grossesse, ont été étudiés par un grand nombre d'auteurs, et sont actuellement assez bien connus. Jusqu'à présent l'épilepsie ne paraît pas avoir attiré beaucoup l'attention à ce point de vue. Cela tient certainement au petit nombre des observations; car il doit être assez rare de constater un rap-

port entre les troubles utérins et les attaques épileptiques. On a remarqué cependant que les épileptiques accouchent souvent dans de très bonnes conditions et sans que la maladie nerveuse puisse faire craindre d'autres phénomènes graves, tels que l'éclampsie. En un mot les femmes atteintes d'épilepsie soit héréditaire, soit acquise, n'ont jamais été regardées comme plus menacées que les autres, soit pendant leur grossesse, soit au moment de l'accouchement. Il est utile de rappeler que nous n'avons en vue ici que l'épilepsie vraie, et que nous éliminons complètement les malades atteintes de ces phenomènes nerveux de nature complexe, qu'on désigne sous le nom d'*hystero-épilepsie*, et qui, par le fait, sont de véritables hystériques. Chez ces dernières, en effet, on sait que l'état de grossesse ou l'accouchement peuvent provoquer des crises particulières.

L'épilepsie vraie peut cependant, dans quelques circonstances, jusqu'ici assez rarement observées, être influencée par une excitation ou un trouble utérin. Ainsi, M. Voisin signale (art. *Epilepsie*, du Dict. méd. et chir. prat.) des cas dans lesquels l'épilepsie devint plus fréquente à partir du début de la menstruation ; d'autres dans lesquels ces attaques parurent être influencées par l'époque des règles ; enfin le même auteur fait remarquer que souvent l'excitation utérine produite par le coït parait augmenter les crises et les influencer très nettement. Aussi en présence des faits nombreux et bien observés, il déconseille le mariage pour les jeunes épileptiques, dans la crainte de voir aggraver d'une façon notable leur état précédent. Cette conclusion est différente de celle qu'on propose ordinairement pour les hystériques pour lesquelles le coït au contraire est un moyen de sédation des symptômes.

Nous avons été témoin d'un fait qui est encore soumis à notre observation, et qui nous semble très instructif, car il paraît démontrer d'une façon très nette, qu'au moins dans certains cas, l'épilepsie peut être influencée par l'appareil génital (utérus ou ovaires) de façon à ce qu'on puisse considérer ces organes comme étant le point de départ d'une véritable *aura*. La femme, qui est le sujet de cette observation, est actuelle-

ment dans notre service à Lourcine, et l'observation suivante a été recueillie avec grand soin par M. Lermoyez, interne du service.

Léontine Ch..., 23 ans, se présente, le 22 octobre 1880, à la consultation de Lourcine, pour une vaginite aiguë. Elle est absolument indemne de syphilis. La muqueuse vaginale est tuméfiée et violacée, mais lisse, sans granulations, elle laisse écouler un liquide purulent, épais; cet écoulement dure depuis trois mois.

Comme la malade est enceinte de 5 à 6 mois, on l'admet à la Maternité de l'hôpital, salle Sainte-Marie, n° 28. L'utérus remonte à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic; le col est un peu mou et légèrement entr'ouvert à son orifice externe: l'enfant vit.

Le jour de son entrée, dans l'après-midi, la malade a une attaque convulsive qui dure près d'une heure et qui présente tous les caractères de l'épilepsie. Revenue à elle, elle explique son histoire avec assez de clarté, et donne des renseignements précis sur ses attaques.

Au dire de sa famille, elle avait 7 ans, quand survint la première attaque. Cette attaque fut intense, et dura près d'une heure, c'est-à-dire aussi longtemps que les attaques actuelles. Dès lors les attaques se reproduisirent, mais à intervalle de 3 à 4 mois.

A 12 ans, les règles apparaissent, et elles reviennent avec la plus grande régularité : à partir de ce moment, nous voyons les attaques redoubler de fréquence, et se reproduire durant des années avec une ponctualité presque mathématique, précédant exactement de deux à trois jours chaque époque menstruelle. Pendant la première période de sa puberté, la malade a *toujours*, mais *seulement* une attaque par mois. — Ces attaques ne s'interrompent même pas durant une fièvre typhoïde assez grave contractée vers 18 ans: à cette époque, le père de notre malade, épileptique lui-même, meurt subitement.

Léontine Ch..., devient enceinte pour la première fois à 21 ans. La suppression des règles n'entraîne pas, comme elle l'avait espéré, la disparition des crises nerveuses; maintenant les attaques ne reviennent plus tous les mois, mais tous les deux ou trois jours; il est même des journées où la malade tombe deux et même trois fois.

Néanmoins, malgré l'épuisement qui résulte de la fréquence de ces crises, et qui la force à garder le lit, la grossesse évolue normalement. L'accouchement arrive à terme, et se fait dans les meilleures

conditions, sans albuminurie, sans œdème, sans aucune crise éclamptique.

Dès lors les attaques disparaissent entièrement; durant trois mois, la malade se croit guérie ; mais bientôt elle ne nourrit plus, son enfant étant mort de convulsions à l'âge de trois semaines. Un soir, une crise éclate, aussi intense, aussi longue que les premières, et, le surlendemain matin, les règles ont reparu.

Puis, durant quinze mois, les phénomènes évoluent comme par le passé: chaque mois apparaît régulièrement une de ces crises nerveuses prémenstruelles, presque semblables à elles-mêmes, et ne différant que par la durée.

A 23 ans, la malade devient enceinte de nouveau, et dès lors les attaques se reproduisent avec une fréquence presque quotidienne. Depuis six mois, les choses durent ainsi quand Léontine Ch..., entre à Lourcine.

Les renseignements recueillis sur les antécédents, la vue des attaques, montrent qu'il s'agit, non pas d'une hystérie à manifestation utéro-ovarienne, mais d'une véritable épilepsie héréditaire. Voici, en résumé, les principales raisons qui font admettre sans hésitation ce diagnostic.

La première attaque a eu lieu à 7 ans, chez une petite fille dont la mère n'a jamais eu de crises, et dont le père est épileptique. Cette première attaque dure une heure, c'est-à-dire autant que les plus longues attaques actuelles ; il n'y a pas eu depuis l'enfance aggravation, ni en quelque sorte perfectionnement des attaques ; la mère dit bien que sa fille « tombe » maintenant comme elle « tombait » il y a quinze ans.—Les attaques se produisent en pleine rue, en omnibus, devant tout le monde, sans que la malade sente la crise venir ou soit capable de la retarder; il y a du reste chez elle une indifférence absolue à cet égard. Elle ne se préoccupe aucunement du retour possible de ses crises.

Les attaques enfin ont presque toujours lieu dans la soirée, et exceptionnellement entre minuit et six heures du matin.

Léontine Ch..., présente une asymétrie faciale remarquable: la moitié droite de la figure, comme atrophiée et repoussée en arrière, semble se cacher derrière la moitié gauche, dont les bosses frontales et malaires sont très proéminentes. Le raphé de la voûte palatine est bien médian : mais la ligne des yeux dévie de l'horizontale. Elle s'in-

cline notablement en bas et à droite, formant avec la ligne de la bouche un angle aigu qui regarde à gauche.

Le caractère de la malade est bien celui de l'épileptique. Il n'y a pas de ces fantaisies bizarres, de ces actes étranges qui se rencontrent si souvent chez les hystériques. Mais on remarque un aspect louche et taciturne, une sorte d'irritabilité devenant excessive en proportion de la fréquence des attaques.

La sensibilité est normale : pas d'hémianesthésie sensitive ni sensorielle. M. Debove a examiné la malade et a constaté des deux côtés du corps, à la douleur aussi bien qu'au froid, les perceptions sensitives également intenses et également rapides. Pour lui, une hystérique qui arrive à cette fréquence d'attaques, surtout après une aussi longue durée de la maladie, aurait quelque trouble sensitif notable.

L'attaque cadre du reste bien avec ces données antécédentes. Sans être prévenue par aucune aura, sans avoir le temps de choisir l'endroit de sa chute, la malade faiblit subitement et tombe raide, comme une masse, sans cris, sans écume buccale, mais excessivement pâle, les pouces étendus, les doigts en flexion forcée, les bras en pronation. La période tonique dure à peine deux minutes. Puis les mouvements commencent, petits, sans grande étendue, se limitant aux membres, sans que la tête semble animée de contractions rhythmiques, et cette période peut durer une demi-heure, une heure même, suivant les affirmations de la sœur de la salle. — Revenue à elle la malade indique la fin de sa crise par une profonde inspiration. En ce moment, en général, elle pleure un peu ; durant deux heures, elle se sent accablée, souffre de la tête, puis tout se calme jusqu'à l'attaque suivante.

La compression des ovaires n'amène aucune rémission dans la période convulsive : et des recherches plusieurs fois répétées n'ont permis de reconnaître aucune zone épileptogène.

Le 31 janvier 1881, la malade accouche d'un enfant mort depuis huit jours et macéré. L'accouchement se fait néanmoins dans les meilleures conditions. Le travail dure à peine six heures ; présentation OIGA. Délivrance naturelle. Pas le moindre accident nerveux. Il n'y a du reste pas d'albuminurie et les téguments ne présentent pas de bouffissure. Malgré un vif chagrin éprouvé par l'accouchée à l'annonce de la mort de son enfant, la santé se maintient excellente.

Il y a actuellement huit semaines que l'accouchement a eu lieu : la malade s'est levée le quinzième jour. L'utérus a disparu derrière les pubis, a vaginite est complètement guérie.

Depuis le 1er février, il n'y a pas eu une attaque convulsive, sauf une légère ébauche de crise le surlendemain des couches.

Le 28, elle eut une attaque bien caractérisée, mais très faible, qui ne s'est pas renouvelée depuis cette époque.

Il est absolument certain que chez cette femme nous avons affaire à une épilepsie vraie, héréditaire, ayant débuté à l'âge de 7 ans, et qui a été, à partir du début de la menstruation, influencée nettement et régulièrement par le retour des règles. Les attaques d'épilepsie revenaient périodiquement et précédaient constamment d'un ou deux jours l'écoulement menstruel. Ce fait seul démontre que la congestion utérine influençait le retour des attaques; et cependant les règles n'étaient ni douloureuses ni pénibles pour la malade.

Mais le phénomène le plus frappant a consisté dans la perturbation qu'a apporté l'état de grossesse dans le developpement des attaques. A partir du début de la gestation, dans une grossesse qui eut lieu il y a deux ans, les attaques d'épilepsie devinrent plus fréquentes : elles allaient même en augmentant jusqu'à la fin de la grossesse, au point de se succéder plusieurs fois dans la journée. L'accouchement se passa sans accidents, et à partir de la délivrance les attaques cessèrent complètement.

Au bout de trois mois d'accalmie complète, une attaque reparut ; le surlendemain les règles vinrent, et à partir de cette époque chaque période menstruelle fut marquée par une atttaque.

Une seconde grossesse, qui a commencé au mois d'avril 1880, reproduisit les mêmes phénomènes que ceux qui avaient marqué la première, avec une intensité peut-être un peu moindre. Nous avons pu assister aux dernières phases de cette grossesse, puisque la malade a séjourné dans le service pendant deux mois avant l'accouchement. Nous avons vu sous nos yeux les attaques d'épilepsie se succéder très fréquemment dans la journée jusqu'à deux ou trois fois. Des doses élevées de bromure de potassium n'amenèrent qu'un soulagement très mi-

nime. Huit jours avant l'accouchement, il y eut une recrudescence des crises, qui coïncida avec la mort de l'enfant.

La malade accoucha le 31 janvier 1881, sans accidents, et à partir de ce jour les attaques cessèrent. Deux jours après, il y eut comme une petite attaque avortée, et depuis cette époque elle ne vit rien reparaître. On doit noter également que, malgré cette affection nerveuse, elle n'eut aucune attaque d'éclampsie. Cette indépendance de l'épilepsie et de l'éclampsie a du reste été souvent observée et est bien connue.

Pendant un mois environ, la malade n'eut aucune attaque, lorsque, sans cause bien définie, elle en eut une assez faible, qui ne s'est pas renouvelée depuis.

En présence de ce rapport très direct qui existe entre les phénomènes utérins et les accès d'épilepsie, il est difficile de ne pas croire à l'influence des organes génitaux sur les apparitions des attaques. Nous ne savons si des faits aussi nets ont été signalés; en tous cas ils doivent être rares, car les auteurs n'en font pas mention. Il nous a donc semblé utile de publier cette observation, qui pourra servir à l'étude des rapports qui peuvent exister entre l'épilepsie et les troubles utérins, soit physiologiques, soit pathologiques.

Le seul point qui mérite de nous arrêter un instant consiste à faire voir les rapprochements qu'on peut établir entre les faits de cette nature et ceux dans lesquels les grandes attaques d'hystérie sont influencées d'une façon très nette par l'excitation ovarique. Or, nous savons qu'en présence de malades atteintes gravement par cette affection, et dont la santé paraît compromise, les chirurgiens américains, à l'exemple de Battey, n'ont pas craint de pratiquer l'ablation des ovaires, afin d'enlever le point de départ des attaques hystériques, trop souvent renouvelées. N'ayant aucunement l'intention de discuter la valeur ou l'opportunité de cette opération, nous ferons seulement remarquer que la chirurgie peut être entraînée, à un moment donné, à pratiquer une opération de même nature pour des cas d'épilepsie dont l'aura semble partir des ovaires ou des organes génitaux. Cette conclusion pourrait paraître d'autant plus logique

que nous connaissons des faits nombreux dans lesquels l'épilepsie ayant pour point de départ une irritation nerveuse périphérique, soit traumatique, soit simplement due à une névralgie essentielle, a été guérie presque instanément après destruction de l'affection locale d'où partait l'aura épileptique.

Nous nous contentons de poser la question, sans chercher davantage à approfondir les solutions qui peuvent lui être données et que l'avenir seul permettra de trouver.

DE LA LACERATION DU COL DE L'UTERUS ET DE L'OPERATION D'EMMET (1)

Par M. le Dr Gaillard-Thomas.
Médecin de l'hôpital des femmes de New-York.

Traduit par le Dr A. LUTAUD, *médecin-adjoint de Saint-Lazare.*

La lacération consiste dans la déchirure des parois du col de l'utérus pendant le travail de l'accouchement; cette déchirure peut être complète ou incomplète.

Historique.

Depuis longtemps, il a été reconnu que, pendant la dernière partie de la première période des douleurs de l'enfantement, au moment où l'enfant se présente au col de l'utérus et dans le vagin, il n'est pas rare que les fibres circulaires de l'orifice externe et de la partie vaginale du col se déchirent par suite de la distension excessive qui se produit, et des lacérations surviennent dans une ou plusieurs directions. Sir James Simp-

---

(1) Chapitre extrait de la 5e édition du *Traité clinique des maladies des femmes.*

son (1) en 1851, attira très longuement l'attention sur ce sujet, démontrant « que très souvent les lacérations du col de la matrice survenaient; qu'elles ne sont pas les résultats de troubles menstruels; qu'elles sont si fréquentes après les premières couches qu'elles peuvent être considérées comme signes certains que le travail de l'enfantement a eu lieu et qu'elles peuvent porter sur la totalité des tissus ou seulement atteindre la muqueuse de l'intérieur du col utérin. »

Dans son ouvrage sur la stérilité, le Dr Gairdner attribue à cette condition un grand nombre d'états morbides tels que : l'hypertrophie du col de la matrice, l'ulcération, le catarrhe utérin, la stérilité et l'avortement.

L'importance pathologique de ces désordres de l'utérus n'ont été appréciés que depuis quelques années, — il appartient au Dr T.-A. Emmet d'avoir reconnu l'importance de cette lésion et de nous avoir fourni des moyens sûrs et efficaces pour y remédier.

Il n'est pas douteux en effet que le procédé opératoire proposé par cet éminent gynécologiste ne prenne une grande place dans la pathologie utérine. — Le Dr Emmet, après avoir pendant l'espace de sept ans, pratiqué l'opération, publia sa première observation sur ce sujet en 1869. Néanmoins, ce ne fut qu'après la publication d'une seconde série d'observations en 1874, que l'importance de cette découverte fut pleinement appréciée. Depuis lors, elle s'est graduellement étendue et, malgré cela, elle n'est pas encore reconnue universellement comme elle mérite de l'être. Il est certain que je n'exagère pas en disant qu'elle constitue un des plus importants progrès qui aient été réalisés en gynécologie.

Fréquence.

Nous ne possédons sur cette question aucune statistique sur

(1) *Edinburgh Journ. of med. science*, p. 468, et *Works of sir F. Simpsons. am. ed.*, p. 152.

laquelle on puisse compter, parce que les lacérations du col de la matrice peuvent se présenter sous deux formes : 1° il peut y avoir des troubles importants, 2°, on peut par l'examen reconnaître l'existence de ces déchirures quoiqu'elles ne produisent pas de mauvais résultats. La question n'est donc pas de savoir combien de fois le col est lacéré pendant l'accouchement, mais combien de fois ces lacérations produisent des résultats qui ont une importance réelle sur la pathologie utérine. Simpson (1) a dit qu'il existait presque toujours un certain degré de lacération chez les femmes après la délivrance, qu'elles aient été assistées ou non pendant leurs couches. Emmet (2) s'exprime ainsi : « Au moins la moitié des affections utérines survenant chez les femmes qui ont eu des enfants sont dues aux lacérations de la matrice. » Goodell (3) considère « q'une, sur six femmes, souffrant d'une affection utérine a une lacération non cicatrisée du col de la matrice. » On peut admettre : 1° qu'un certain degré de lacération dans l'extrémité vaginale de l'utérus est la règle pour les femmes à la suite du premier accouchement; 2°, qu'un certain nombre de celles-ci se guérissent entièrement ou existent sans produire des conséquences pathologiques, et 3° que, dans une proportion étendue, elles deviennent des agents importants de maladies utérines.

La principale raison pour laquelle les résultats varient est la suivante : si la déchirure s'oppose à l'évolution du col de la matrice, il en résulte de l'hyperplasie soit locale, soit générale accompagnée de dégénérescence kystique, d'inflammation catarrhale de déplacement et de congestion. Si, malgré la lacération, l'évolution a lieu régulièrement, on peut constater l'accident seulement par l'examen physique et non par des résultats pathologiques. Si l'on établissait comme une règle de la pratique d'opérer toutes les lacérations cervicales, sans tenir compte de

(1) *Op. cit.*, p. 152.
(2) *Op. cit.*, p. 180.
(3) *Lessons on Gyneeology*, p. 169.

leur influence pathologique, bien des femmes seraient exposées à une opération sans cause et sans compensation utile.

Synonymie. Les degrés de lacérations moins marqués sont décrits comme fissures et les cas accompagnés de renversement de la muqueuse cervicale sont désignés sous le nom d'*ectropion*.

Variétés.

La lacération peut être partielle lorsque la couche muqueuse du col, seulement cervical, est déchirée; elle peut être complète lorsque tous les tissus du canal participent à la rupture. Elle peut aussi être bilatérale, unilatérale ou étoilée.

Anatomie.

On doit se rappeler que la lacération porte sur la membrane muqueuse du canal cervical, ainsi que sur les tissus muqueux réticulés que contient un grand nombre de glandes de Naboth. Selon son degré d'intensité la lacération occupe d'abord les parties les plus superficielles et ensuite celles qui sont plus profondément situées.

Pathologie.

La lacération du col de la matrice survenant pendant l'accouchement peut s'opposer à l'involution du col du corps et même de l'utérus en entier. Cette influence peut être très peu considérable ou bien très marquée, son degré dépendant de l'étendue de la déchirure. Comme résultat immédiat de l'accident, on observe une dilatation portant sur la cavité cervicale ou sur la totalité de l'utérus. La muqueuse du col, si riche en glandes, est atteinte par l'hyperplasie kystique; immédiatement a lieu, et d'une manière très marquée, une hypersécrétion ; et la dégénérescence granuleuse qui accompagne l'éversion de la

muqueuse. C'est cette combinaison qui est la cause de l'inflammation ulcéreuse du col de la matrice et qui est généralement traitée par la déplétion et les caustiques.

Causes.

Lorsque les malades sont informées de la nature et de l'origine de cette affection, elles sont toujours disposées à accuser les personnes qui leur ont donné des soins médicaux pendant leur accouchement. Il incombe alors au gynécologiste de détourner ces soupçons, non seulement au nom de la courtoisie confraternelle, mais au nom de la justice. Il est incontestable en effet que la lacération du col utérin peut survenir à la suite d'une délivrance rapide et naturelle chez la femme entourée des soins les plus intelligents. Néanmoins nous pensons qu'il est du devoir de tout accoucheur soucieux de la santé de ses malades, d'examiner l'état du périnée et du col de l'utérus dans les six semaines qui suivent la délivrance. C'est une erreur de croire que l'examen immédiat peut donner des renseignements suffisants. Ce n'est donc pas après le neuvième jour, mais à la fin de la période d'involution que le praticien doit examiner attentivement les organes et s'assurer s'il n'existe pas de lacération du col de l'utérus.

Les principales causes de l'affection qui nous occupe sont les suivantes :

Accouchement précipité ;
Délivrance naturelle ;
Rigidité du col pendant le travail ;
Cicatrices existant dans les tissus du col ;
Dégénérescence cancéreuse du col ;
Section du col pendant le travail ;
Evacuation hâtive du liquide amniotique ;
Avortement.

J'ai observé dans ma pratique personnelle chacune des causes qui viennent d'être énumérées, mais je puis dire que les trois

premières sont de beaucoup les plus fréquentes. Emmet accorde une importance particulière à l'avortement criminel, mais je ne pense pas que l'avortement provoqué donne plus souvent lieu à la lacération du col que l'avortement accidentel.

Symptomatologie.

Les signes rationnels qui permettent de reconnaître cette affection sont nombreux et importants. Voici les principaux :

Douleurs lombaires;

Sensation de pesanteur dans l'hypogastre, leucorrhée;

Diminution ou augmentation du flux menstruel, hémorrhagie survenant après le coit, névralgie du col;

Stérilité;

Douleurs et fatigue pendant la marche;

Dyspareunie.

Il est inutile de dire que tous ces symptômes ne se présentent pas dans le même cas, et que l'on n'observe qu'un certain nombre d'entre eux dans chaque cas.

Signes physiques.

L'examen doit toujours être pratiqué avec le spéculum de Sims ou l'une de ses modifications. Les spéculums cylindriques ou vasculaires qui ne donnent qu'une dilatation partielle du vagin ne permettent pas facilement de constater la lésion, ou n'en donnent qu'une idée très imparfaite. Dans cette affection comme dans beaucoup d'autres de l'appareil génital de la femme, le gynécologiste qui emploie le spéculum de Sims se trouve situé sur un terrain beaucoup plus favorable que celui qui n'a, à sa disposition, que des spéculums bivalves ou cylindriques.

Le col étant ainsi exposé à la vue présente l'aspect indiqué par les figures 1 et 2.

Dans chacune de ces figures shématiques, les points noirs placés sur les lèvres du col représentent les glandes de Naboth hypertrophiées. Dans la figure 3 les lignes ponctuées se réfèrent à un temps de l'opération qui sera expliqué plus loin.



FIGURE 1.

La figure 1 représente un cas de lacération unilatérale; la figure 2, un cas de lacération multiple désignée par Emmet sous le nom de *lacération étoilée.*

Un grand nombre de lacérations unilatérales, bilatérales ou multiples se trouvent obscurcies, et compliquées par la présence de divers états morbides. Parmi ceux-ci nous citerons l'hyperplasie simple, l'éversion, l'endométrite et la dégénérescence kystique qui l'accompagne souvent, l'hyperplasie aréolaire et la dégénérescence granuleuse. Il faut dans ces cas apporter la plus grande attention pour établir le diagnostic. Nous renvoyons nos lecteurs à l'excellent travail publié sur cette question par M. Munde qui s'est étendu longuement sur le diagnostic différentiel de cette affection.

Après avoir découvert l'utérus avec le spéculum, on fixera un ténaculum sur chaque lèvre du col, et on rapprochera l'une contre l'autre chacune des parois. Une fois les parois en con-

tact, le col reprendra son aspect normal, à moins que l'hypertrophie des tissus ne rende ce rapprochement impossible, comme dans le cas présenté par la figure 2. Mais il est rare cependant

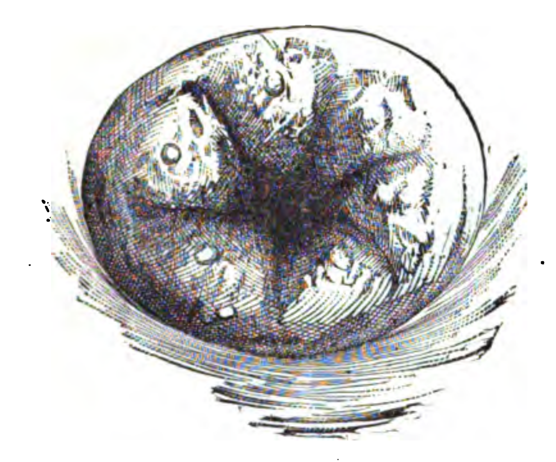


FIGURE 2.

que l'hypertrophie arrive au point de ne pas permettre de reconnaître le col utérin lacéré.

Diagnostic différentiel.

Voici les principaux états morbides qui peuvent être confondus avec la lacération du col utérin :

Dégénérescence granuleuse du col ;
Dégénérescence kystique ;
Hyperplasie simple ou hypertrophie ;
Tumeurs malignes.

Il arrive assez souvent que le diagnostic est difficile et qu'on ne peut arriver à reconnaître l'affection qu'après avoir observé pendant quelque temps la malade. Dans les affections de nature

maligne, l'examen histologique des tissus morbides pourra être d'un grand secours.

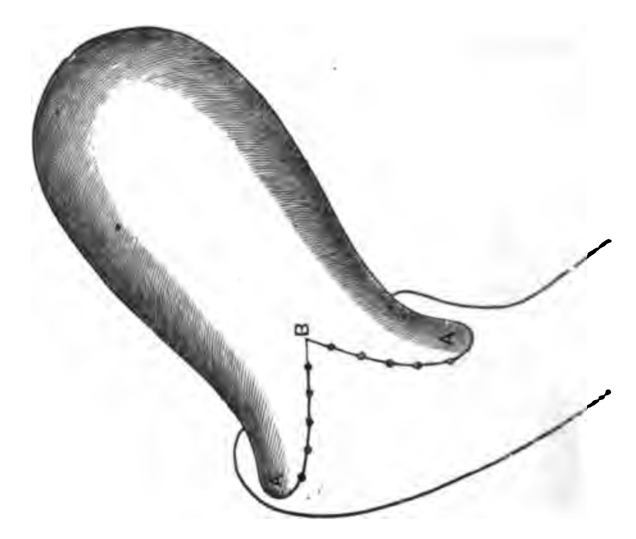


FIGURE 3.

Conséquences.

Rien ne prouve mieux le service qu'Emmet a rendu à la gynécologie en proposant son opération, que l'énumération des conséquences qui résultent de la lacération du col utérin. Cette affection peut donner naissance aux affections suivantes :

Cellulite péri-utérine chronique ;
Epithélioma ;
Subinvolution totale ou partielle de l'utérus ;
Stérilité ;
Troubles menstruels ;
Endométrite cervicale ;
Dégénérescence granuleuse et kystique ;
Fongosités intra-utérines ;
Névralgies du col ;

Dyspareunie.

Tendances à l'avortement.

Déplacements utérins.

Il ne saurait être mis en doute, par le gynécologiste qui a fait une étude importante de cette lésion, qu'elle ne puisse être la cause d'un ou de plusieurs des états morbides que nous venons d'énumérer.

Aucune région du corps n'est plus susceptible d'être affectée de la dégénérescence éphithéliale que l'utérus et, dans l'utérus, aucun point n'est plus susceptible d'être atteint par cette dégénérescence que les glandes qui se trouvent dans la muqueuse

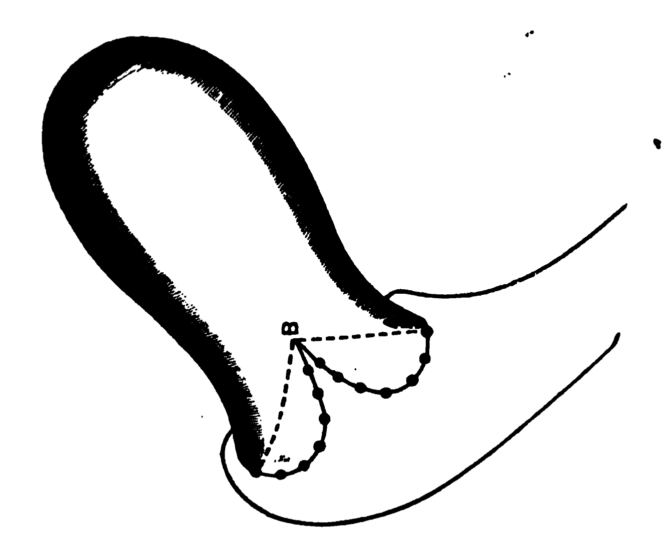


Figure 4.

du col. Il est donc permis de supposer que l'éversion qui résulte de la lacération du col est une des causes excitantes de l'épithélioma. C'est un point de vue théorique justifié par un grand nombre de faits et qui est admis par un grand nombre de gynécologistes parmi lesquels il nous suffira de citer Veit, Brieskey et Emmet.

Pronostic.

La guérison peut survenir spontanément avec le temps, ou du moins l'affection peut n'être pas incompatible avec la santé. Dans ce cas, les surfaces déchirées du col se cicatrisent graduellement : ce résultat peut parfois être obtenu sans traitement, quoique la guérison soit en général favorisée par l'emploi d'une médication astringente et altérante appliquée localement. Mais

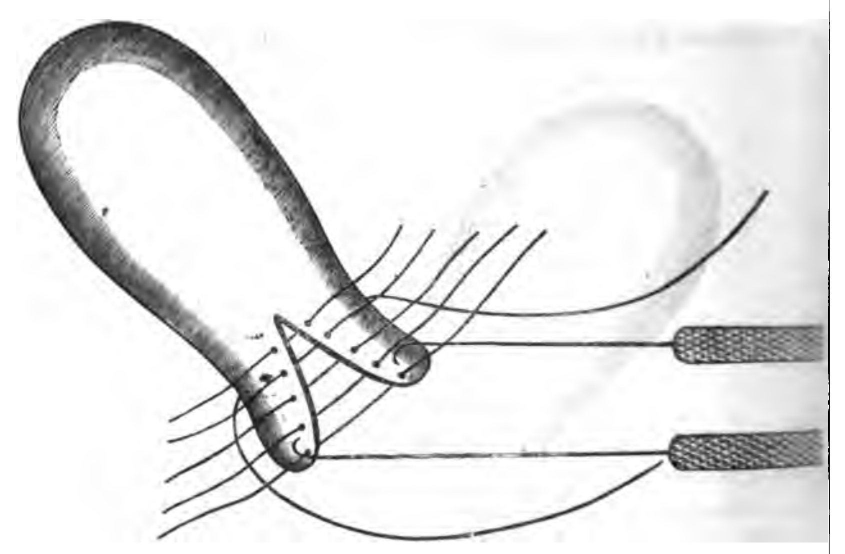


FIGURE 5.

dans le plus grand nombre de cas l'affection persiste jusqu'à la ménopause, époque à laquelle l'atrophie qui survient dans les organes fait cesser la plupart des troubles qui résultent de la lacération.

Traitement.

Le traitement peut être palliatif ou curatif ; le traitement pal-

liatif ne doit être appliqué que dans les cas où, pour une cause ou pour une autre, la trachélorraphie ne peut être pratiquée.

Le traitement palliatif consiste à appliquer des injections vaginales chaudes et copieuses, à vider les kystes cervicaux par la ponction, à éviter la pression abdominale, et à soutenir l'utérus par un pessaire. On emploiera également la médication altérante locale; les agents les mieux appropriés à cet effet sont l'iode, le nitrate d'argent, le glycérolé au tannin etc.

Le traitement curatif consiste à réunir les lèvres de la plaie par une opération désignée sous le nom de *trachélorraphie.* Cette opération ne doit être pratiquée que lorsque l'état général est satisfaisant et que l'état local a été amélioré par les mesures palliatives dont nous venons de parler.

L'opération que nous allons décrire s'applique aux cas de lacération bilatérale. Après avoir été anesthésiée, la malade est placée sur une table dans la position de Sims, dans un lieu où la lumière pénètre convenablement sur le siège de l'opération. Le spéculum est introduit, et les deux lèvres lacérées du col sont saisies avec des tenaculums et mises en contact. Si le rapprochement des deux lèvres a lieu facilement, l'opérateur détermine exactement les points où l'avivement doit être pratiqué. Dans les cas où le rapprochement des parties lacérées est impossible, il faudra recourir à une autre méthode de traitement que nous décrirons un peu plus loin.

Lorsque l'opérateur a reconnu exactement les surfaces qui doivent être mises à nu, il saisit, avec le tenaculum, l'extrémité inférieure d'une des lèvres de la lacération et enlève avec des ciseaux la muqueuse et une partie du parenchyme jusqu'au point de jonction des deux lèvres. La même opération est pratiquée sur la lèvre opposée. On obtient ainsi deux surfaces avivées séparées par une bandelette de tissus non dénudés représentant le trajet normal du canal cervical, ainsi que cela est représenté par la figure 6.

On étanche ensuite le sang avec des tampons d'ouate qu'on peut maintenir en place pendant cinq ou dix minutes si cela est nécessaire. L'opérateur saisit ensuite chacune des lèvres avec le

tenaculum et les rapproche de façon à permettre le passage des fils ; il passe ensuite au second temps de l'opération.

Fixant son tenaculum près de l'angle supérieur de la lacération, le chirurgien introduit, à l'aide du porte-aiguille, une aiguille à environ 5 millimètres de la substance avivée et la fait pénétrer dans la lèvre opposée. L'aiguille est chargée d'un

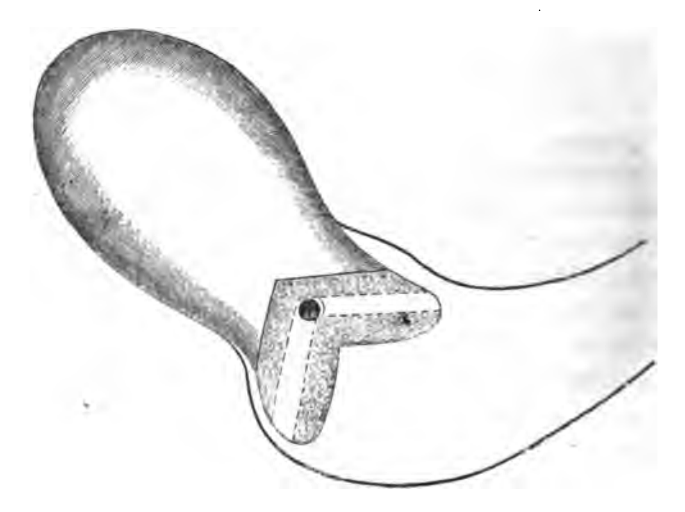


FIGURE 6.

fil d'argent dont les extrémités sont tenues par l'aide chargé de maintenir le spéculum. On passe ensuite de la même façon les autres sutures en les espaçant d'environ 5 millimètres jusqu'à ce qu'on ait réuni complètement les deux lèvres lacérées. Le côté opposé est ensuite traité de la même manière dans une lacération bilatérale.

On procède alors à la torsion des fils en commençant par les sutures supérieures. La figure 7 représente le dernier temps de l'opération.

Dans les cas de lacération multiple ou étoilée, comme dans la figure 2, il serait trop long et trop compliqué de réunir séparément chaque fissure. Il faut dans ces cas aviver les tissus et couper une portion du parenchyme assez étendue pour

ramener la lacération au type bilatéral. On procède ensuite à la réunion par suture de la même manière.

Il faut encore mentionner une autre variété de cas. Il arrive parfois que l'hyperplasie des parois cervicales s'oppose au rapprochement des lèvres de la lacération. On pratiquera dans ces cas, l'amputation des tissus hyperplasiés situés au-dessus de la ligne ponctuée, de façon à permettre le rapprochement et l'affrontement des deux lèvres.

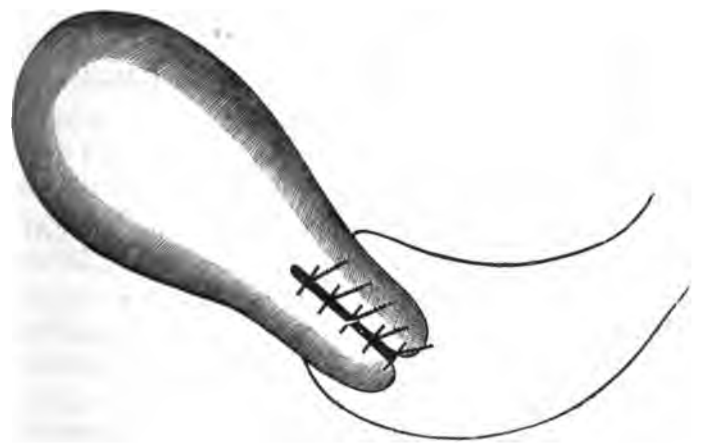


FIGURE 7.

Après l'opération, la malade doit être soumise à une diète légère et condamnée au repos. On provoquera chaque jour une garde-robe; des injections vaginales phéniquées tièdes seront pratiquées deux fois par jour pour nettoyer le vagin. Les sutures seront enlevées le huitième ou le neuvième jour en commençant par les plus élevées. Si la réunion ne semble pas suffisamment consolidée, on pourra laisser les sutures en place pendant une quinzaine de jours.

Quoiqu'on ait cité quelques cas dans lesquels la trachélorraphie ait été complétée de cellulite ou de métro-péritonite, on peut dire que, eu égards aux services que rend cette opération, elle est relativement bénigne.

Pendant les deux ou trois mois qui suivent l'opération, il sera bon de soutenir l'utérus à l'aide d'un pessaire approprié.

REVUE DE LA PRESSE

Hospice des Enfants-Assistés. — M. Parrot, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE ET LE RACHITIS.

LES CICATRICES (1).

Messieurs,

I. — Dans notre première réunion, je vous ai entretenus de la syphilis en activité, actuelle, vivante ; aujourd'hui, je me propose de vous parler de la syphilis qui a cessé d'agir, qui est morte et que l'on ne peut plus reconnaître qu'aux empreintes qu'elle a laissées. Ces marques sont parfois difficiles à découvrir ; et, dans le plus grand nombre des cas, elles restent ignorées ; mais, lorsqu'on les a vues, on peut affirmer que la maladie a existé chez celui qui les porte.

Dans cette étude de la syphilis éteinte, il faut procéder comme les paléontologistes qui, pour reconstituer une espèce disparue, fouillent les couches de la terre, rassemblent, rapprochent et comparent les fragments qu'ils y rencontrent, refont un squelette, et, de cette notion fondamentale, s'élèvent à celle de l'animal tout entier, avec ses allures, ses mœurs et son milieu ambiant. De même, pour trouver dans l'organisme des preuves des souffrances jadis endurées, l'on doit étudier sa surface, fouiller sa profondeur, et, à l'aide des renseignements recueillis de la sorte, remonter jusqu'à la maladie dont il a subi les atteintes. — Ces empreintes existent sur la peau, les dents et

(1) Leçons publiées dans le *Progrès médical*, nos. 22 et 23, 1881.

les os. Aujourd'hui, nous allons étudier celles du tégument externe.

Les lèvres des petits syphilitiques, qui n'ont pas dépassé quelques semaines, sont fréquemment couvertes d'érosions, d'où suinte un fluide très virulent qui forme des croûtes jaunes. Cette altération est d'ordinaire trop superficielle pour laisser des traces. Il n'en est pas ainsi à un âge plus avancé; par exemple, lorsque les sujets ont dépassé trois mois. Souvent alors, la maladie fait apparaître sur le limbe labial un certain nombre de fissures, dont la profondeur peut atteindre un et même deux millimètres. Le plus souvent, on les trouve sur la lèvre supérieure, de chaque côté du lobule, et sur l'inférieure, au niveau de la ligne médiane. Fréquemment aussi, elles atteignent les commissures. Dans ce dernier siège, la perte de substance est beaucoup plus étendue et semble creusée dans une sorte de végétation du tégument. Ces fissures n'ont jamais été pour les nourrices, du moins à ma connaissance, une source d'infection lorsque les enfants avaient dépassé 6 mois ; ou, plus généralement, lorsque leurs os présentaient déjà l'altération spongoïde ; mais elles déterminent chez ceux qui les portent des cicatrices, d'autant plus apparentes qu'elles ont eu plus de profondeur et de durée. Celles-ci sont blanches, occupent toute l'épaisseur de la lèvre, et leur largeur peut dépasser un millimètre. Aux commissures, elles s'étalent sur la peau voisine en une petite plaque nacrée. dont la périphérie est assez régulièrement arrondie. Seule, la syphilis héréditaire est capable de produire les ulcérations multiples dont je viens de vous parler et les cicatrices qui leur succèdent. Mais il peut se présenter une circonstance embarrassante, c'est lorsqu'il n'existe qu'une fissure et qu'elle occupe le sillon médian de la lèvre inférieure. Le froid, en effet, produit souvent à ce niveau une gerçure profonde et durable, dont l'empreinte cicatricielle ne saurait être distinguée de celles qui ont une origine spécifique ; mais, cette cicatrice à *frigore* est unique et ne se montre jamais ailleurs.

Chez quelques sujets, la partie cutanée de la lèvre inférieure et le menton deviennent malades en même temps que les

lèvres, et il s'y développe des crevasses masquées par des croûtes, durant leur période d'acuité. Elles donnent naissance à de nombreuses cicatrices linéaires, blanches, qui tantôt s'entrecroisent sous des angles divers, à la manière d'un réseau ; qui, d'autres fois, affectent la forme d'un éventail étalé dont la périphérie répondrait à la lèvre et le sommet au menton. Ces restes de la syphilis héréditaire ont un aspect tout à fait caractéristique, et l'on ne peut hésiter sur leur origine.

II. — Le tissu cellulaire sous-cutané et la peau elle-même, dans sa couche la plus profonde, sont le siège de productions syphilitiques, qui, bien qu'assez communes, ont été étudiées et mentionnées seulement par un petit nombre d'auteurs, qui les ont en général confondues avec d'autres affections. M. Lancereaux cite comme les ayant observées, Putegnat et Bassereau. M. Julien, dans un ouvrage récent, ne leur consacre que quelques lignes. Quant aux empreintes qu'elles laissent à la peau, personne n'en a parlé.

Le plus souvent, elles passent inaperçues durant la première période de leur évolution, précisément à cause de la région où elles prennent naissance. Ce sont d'abord de petites masses indolentes, dures, de la grosseur d'un grain de chènevis ou d'une cerise. Quand, au début, elle sont mobiles sous le tégument, ce qui est le plus habituel, elles ne tardent pas à lui adhérer et à l'engager dans leur processus. Alors, il devient saillant et violacé, et, si on comprime la tumeur entre deux doigts, on voit apparaître au centre une tache d'un blanc jaunâtre, due à l'amincissement de la peau, qui laisse voir par transparence la matière ramollie de la tumeur. Si, comme il advient presque toujours, l'évolution du mal n'est pas troublée soit par un traumatisme, soit par une intervention thérapeutique, il se fait en un point de l'abcès une petite ouverture circulaire, qui, bien souvent, ne dépasse pas un millimètre, par laquelle s'échappe son contenu ; d'autres fois, c'est par une fente que cette évacuation a lieu, laissant une cavité qui se comble très rapidement ; après quoi, l'orifice cutané se ferme, et, finale

ment, il ne reste plusde ce travail pathologique qu'une petite cicatrice indélébile et de forme tout à fait caractéristique.

Ces cicatrices ne se rencontrent pas indifféremment sur toutes les parties du corps. Je n'en ai jamais observé à la face, non plus qu'aux membres supérieurs. Leur siège de prédilection est la peau des fesses, des cuisses et des jambes, en arrière et en dehors. Elles sont en général peu nombreuses, et à une assez grande distance les unes des autres. Il est rare que l'on en trouve plus de deux ou trois, groupées sur le même point. Toujours on les voit, sous la forme d'une ligne ou d'un point blanc, au centre d'une dépression d'autant plus marquée, que le mal est plus récent ; — et d'une teinte violacée qui s'efface peu à peu. Profondément, existe une induration qui disparaît avec une grande lenteur. A partir de 4 ou 5 ans, ces cicatrices, qui se sont amoindries peu à peu, ont de très petites dimensions ; mais elles gardent toujours un aspect et une topographie qui leur sont absolument propres, et qui en font l'un des stigmates les plus certains de la syphilis héréditaire.

La dépression en entonnoir du début de la période cicatricielle s'explique aisément par le siège des tumeurs ; et, par ce fait, qu'après s'être vidées rapidement, elles sont remplacées par une caverne dont la paroi cutanée, très amincie, se déprime immédiatement et tend à s'appliquer sur les parties profondes, où ne tardent pas à la fixer des adhérences réparatrices. La déformation produite de la sorte, d'abord très marquée, s'efface peu à peu, comme s'effacent toutes les empreintes morbides chez les enfants, sous l'influence de l'évolution physiologique.

C'est dans les deux derniers tiers de la première année que les gommes sous-cutanées sont le plus fréquentes ; après cet âge, on ne les observe que rarement. Il est exceptionnel qu'elles apparaissent toutes en une seule poussée ; c'est, d'une manière successive qu'elles se développent. Il y a d'assez grandes variétés dans leur évolution. Il en est qui restent longtemps dures ; d'autres, au contraire, se ramollissent très rapidement.

Si l'on croit devoir intervenir, ce qui n'est pas indispensable,

comme le prouve la marche naturelle de l'affection, il faut se contenter de faire une petite ponction avec une lancette, au niveau de la tache blanche dont je vous ai parlé.

III. — Les cicatrices syphilitiques dont je viens de vous entretenir, étant limitées à des points tout à fait spéciaux, tirent de cette localisation même une physionomie qui leur est propre et les distingue très nettement de celles que je vais maintenant vous décrire. — Beaucoup plus fréquentes, sans être pour cela moins typiques, celles-ci doivent être recherchées avec le plus grand soin, car, de toutes les empreintes que laisse la syphilis héréditaire, ce sont les plus communes et partant les plus intéressantes au point de vue du diagnostic.

Les syphilides cutanées qui leur donnent habituellement naissance sont celle *en plaques* ou papuleuse, et l'*ecthymateuse* ou pustuleuse.

La première, vous le savez, consiste en des plaques saillantes, discoïdes, larges de quelques millimètres à un centimètre et demi, d'un rouge cerise ou cuivré, parfois même violacées ou légèrement jaunâtres, presque toujours couvertes de petites squames furfuracées ou d'une croûte parcheminée ; le plus souvent isolées les unes des autres, ou bien groupées et formant ainsi des plaques larges et irrégulières, limitées à leur périphérie par des segments de circonférence.

Leur marche est lente. Après avoir disparu, elles se reproduisent. Il n'est pas rare de les voir s'ulcérer au niveau des régions soumises au contact des corps irritants, telles que les fesses, la face postérieure des cuisses et le scrotum. Elles peuvent atteindre les divers points du tégument externe, mais elles ont une véritable prédilection pour la région postéro-inférieure du corps, et surtout pour les fesses et la partie des cuisses qui leur confine.

La syphilis ecthymateuse, infiniment moins fréquente que la précédente, est exceptionnelle dans les points qui viennent d'être indiqués. Quand elle se développe, c'est plutôt sur les régions inférieures du tronc, et en partie sur le ventre.

Les empreintes que laissent ces éruptions sont indélébiles. Elles tirent toute leur valeur de leur forme et surtout de leur siège.— Elles sont circulaires, et leur contour est régulier, bien qu'il manque parfois de netteté. Suivant le temps qui s'est écoulé depuis leur formation, et, par le fait d'autres circonstances, qui, le plus souvent, nous échappent, elle font une légère saillie au-dessus de la peau saine; ou, ce qui est infiniment plus fréquent, s'y marquent par une dépression de profondeur variable. Il est tout à fait exceptionnel que celle-ci dépasse un demi millimètre. Leur surface est souvent lisse, d'autres fois un peu inégale, avec de très petites capsules. Jamais l'on n'y distingue de véritables brides. — Leur couleur a un grand intérêt et varie surtout avec l'âge. Dans la plupart des cas, au début, elle est uniforme et d'un rouge violacé; mais, bientôt, l'on y peut distinguer trois teintes, qui affectent la disposition suivante : Au centre, un disque où le blanc tend à dominer chaque jour davantage, puis, une zône violacée, et, tout à fait à la périphérie, une seconde zône, d'un rouge brunâtre, beaucoup moins nettement delimitée que la précédente. Peu à peu, la coloration rouge ou violacée, qui dominait au début, s'efface ; au contraire, la partie centrale qui correspond à la cicatrice proprement dite, devient de plus en plus blanche, et le pigment qui l'entoure se fonce. Cette dernière zône, très large et très apparente chez les sujets à peau brune, est, au contraire, à peine visible chez ceux qui l'ont très blanche. Elle persiste longtemps, mais elle finit par disparaître ; et, il est bien rare que l'on en puisse constater quelque indice chez les sujets qui ont dépassé 6 ans. Par les progrès de l'âge et les modifications qui en résultent dans les parties où siègent les cicatrices, la dépression et la coloration tendent constamment à s'effacer; et, bien que, sur un grand nombre de sujets, on puisse encore les constater dans l'adolescence, et même dans l'âge adulte, elles y sont très frustes. Pour les reconnaître, il faut beaucoup d'attention et un éclairage très approprié. Il m'est arrivé de ne pouvoir les découvrir qu'à l'aide d'une loupe.

Avec son secours, on constate çà et là, de petites plaques arrondies, légèrement écailleuses, ridées et pâles.

Non seulement sur différents sujets, mais sur le même individu, il est habituel de rencontrer des cicatrices de largeur, de profondeur et de coloration très différentes. Les unes ont à peine un millimètre de diamètre, d'autres ont plus d'un centimètre et demi. Il y en a de teinte encore violacée à côté de quelques-unes qui sont déjà très blanches. La zône pigmentée n'existe qu'à la périphérie d'un certain nombre ; enfin, comme je l'ai déjà dit, le tégument, à leur niveau, est déprimé à des degrés très divers. J'ajoute que toutes ces variétés sont assez fréquemment associées à une syphilide actuelle ; et, de la sorte, on a sous les yeux le processus pathologique tout entier.

Le point de vue topographique a une importance capitale, et nous ne pouvons lui accorder trop d'attention. Car, bien souvent, c'est de la place qu'occupent les cicatrices que dépend leur valeur diagnostique. Succédant d'ordinaire à la syphilide en plaques, elles doivent nécessairement se rencontrer sur les régions qu'affecte celle-ci. On les trouve, en effet, disséminées sur la partie la plus inférieure du tronc, en arrière, c'est-à-dire tout à fait au bas de la région sacrée et sur la peau du coccyx, sur les fesses et la face postérieure des cuisses et des jambes. Il n'est pas rare de les constater simultanément sur tous ces points chez le même sujet ; d'autres fois, elles sont limitées à l'un d'eux. Les fesses sont leur siège de prédilection, et les empreintes y ont leur plus grande profondeur. La region postéro-inférieure du tronc et l'abdomen au-dessous de l'ombilic sont parfois le siège de cicatrices larges et profondes, isolées ou groupées. Plus rares que celles précédemment étudiées, leur signification n'en est pas moins précise. Elles succèdent à des syphilides pustuleuses, qui, par leur apparence, rappellent l'ecthyma ou le pemphygus.

Il est un certain nombre d'affections éruptives non syphilitiques, qui, elles aussi, laissent sur la peau des traces de leur passage, parfois d'une très longue durée, et qui ne sont pas sans présenter une grande ressemblance avec les empreintes

des syphilides cutanées. Je vais vous indiquer celles qui peuvent exposer à des erreurs de diagnostic.

Les éruptions varioliques sont de ce nombre. Les cicatrices qu'elles produisent sont parfois disséminées sur toute la surface tégumentaire, mais c'est particulièrement à la face qu'elles existent. Cette topographie, ainsi que leur uniformité et leur régularité, les distinguent de celles qui sont consécutives à la syphilis. Je viens de constater ces différences sur six enfants de la même famille. Quatre, récemment atteints de varioloïde, présentaient des cicatrices de cette éruption, très régulières, très nettes, d'égal diamètre, généralisées, mais peu nombreuses et également espacées. Cinq portaient les traces d'une syphilis héréditaire éteinte, qui, chez deux, avait laissé sur la peau des fesses et du voisinage, des cicatrices assez nombreuses, beaucoup plus rapprochées les unes des autres et moins uniformes dans leur diamètre, leur couleur et leur âge, que celles dues à la fièvre éruptive, et, par là, s'en distinguaient d'une manière très nette.

La varicelle marque assez souvent son passage, mais beaucoup plus fréquemment à la face que sur les autres parties du corps et surtout qu'aux fesses. D'ailleurs, le diamètre de ces dépressions est très petit ; et, à quelque période qu'on les observe, elles sont dépourvues de zone pigmentaire.

L'impétigo atteint surtout la tête, et, après sa guérison, l'on ne peut distinguer la place qu'il occupait.

Les éruptions diverses de la gale, bien qu'elles puissent affecter les différentes parties du corps, s'accumulent surtout aux extrémités des membres et disparaissent sans laisser de traces. — Les pustules que l'on désigne sous la dénomination un peu vague d'ecthyma, en dehors de la syphilis, sont rares, n'ont pas de siège particulier, sont très irrégulièrement distribuées sur tout le corps, et guérissent sans cicatrices.

Le pemphigus simple, si fréquent chez les jeunes enfants, ne se montre que sur les régions supérieures du tronc et non sur celles où se développent les syphilides ; il guérit rapidement sans laisser aucune trace.

Les gommes tuberculeuses siègent habituellement sur les membres et laissent après elles des ulcérations larges et profondes, dont les cicatrices, irrégulières et gaufrées, adhèrent aux parties sous-jacentes.

Les traces de brulûres sont toujours faciles à reconnaître. Elles sont larges, de contour très irrégulier, d'un bleu nacré, souvent couvertes de brides, et sans localisation propre. Il m'est arrivé bien souvent d'en observer au voisinage de cicatrices syphilitiques, et jamais je n'ai éprouvé le moindre embarras à les en distinguer.

Les marques que laisse l'huile de croton sont comme ponctuées, beaucoup plus uniformes que celles de la syphilis, et, contrairement à ce que l'on observe pour ces dernières, elles sont groupées, soit sur l'abdomen, soit, ce qui est beaucoup plus habituel, sur une certaine étendue de la surface thoracique.

IV. — Les cicatrices cutanées provoquées par la syphilis héréditaire se produisent suivant un mode identique, quelle que soit l'affection qui en a été le point de départ; — et les différences qu'elles présentent entre elles sont uniquement dues à l'intensité, et, si je puis ainsi dire, à la quantité de la lésion primitive, dont le siège est le même, qu'il s'agisse d'une plaque saillante, d'une ulcération ou d'une pustule. En effet, l'examen des tranches histologiques détachées au niveau des points malades montre que, dans tous ces cas, il se dépose dans le derme, autour des vaisseaux papillaires et même de ceux qui sont plus profondes, des corpuscules arrondis, véritables éléments lymphoïdes, dont le nombre est très différent suivant la variété de la lésion. Rares dans les simples macules, ils sont, au contraire, excessivement abondants dans les papules saillantes. Consécutivement à ce premier travail et sous son influence, l'épiderme devient à son tour malade, les cellules du corps muqueux de Malpighi se tuméfient, prolifèrent dans leurs couches inférieures; se laissent traverser par les liquides qui s'élèvent du derme jusqu'à la cuticule qu'ils dé-

collent, puis subissent d'autres modifications. Dans le plus grand nombre des cas, quand le travail pathologique est modéré, les corpuscules lymphoïdes trouvant à vivre dans le milieu ou ils ont été jetés, s'organisent et se transforment en tissu conjonctif, lequel, dans la suite, par la rétraction qu'il subit, détermine les dépressions du tégument. — D'abord les vaisseaux de la région prennent un développement considérable, et, sur les coupes, on les trouve presque toujours remplis de globules, ce qui donne aux plaques malades leur coloration violacée. Dans la suite, comprimés par le tissu rétractile de nouvelle formation, ils perdent de leur calibre, et le sang y trouve un passage moins large ; d'où les taches blanches cicatricielles.

Dans les cas où les éléments lymphoïdes s'accumulent en quantité considérable, ils ne peuvent vivre, se désagrègent, se ramollissent, et, consécutivement à leur fonte, il se produit des ulcérations de profondeur variable. Les cicatrices sont alors plus déprimées et le corps papillaire est presque toujours détruit sur une certaine hauteur ou même dans sa totalité. Quant à la zône brunâtre, qui, pendant un certain temps, limite les cicatrices, elle est due au dépôt d'une quantité variable de pigment dans les cellules du corps muqueux qui se trouvent immédiatement en dehors de celles directement atteintes par le travail pathologique.

DE L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE OBSTÉTRICAL
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (1)

Par M. le Dr A. Pinard.
Agrégé d'accouchements à la Faculté de médecine de Paris.

M. Vulpian, doyen de la Faculté, prononçait les paroles suivantes le jour de l'inauguration de la nouvelle Clinique d'ac-

(1) Extrait du *Progrès médical*, 28 mai 1881.

couchements, en présence de M. Dumont, directeur de l'Enseignement supérieur :

« Nous recevons, chaque année, environ 600 docteurs en médecine. Il est impossible qu'un aussi grand nombre d'aspirants au doctorat — auxquels il faudrait joindre les aspirants au titre d'officier de santé et nos élèves sages-femmes — puissent s'initier, dans un seul service de clinique, à la pratique des accouchements. Quels que soient les autres moyens proposés pour remédier à un état de choses aussi profondément regrettable, la nécessité s'imposera, un jour ou l'autre, de doter la Faculté de médecine d'un second service de clinique obstétricale. *De toutes les chaires nouvelles que l'on puisse réclamer pour notre Faculté, c'est assurément, suivant moi, celle dont la création répondrait le mieux à un besoin urgent de l'enseignement médical professionnel.* »

Quelques jours après, M. le Ministre de l'instruction publique demandait l'avis de la Faculté sur l'utilité, le plus ou moins d'urgence de la création de certaines chaires qui avaient été sollicitées et qui étaient au nombre de six, parmi lesquels figurait en deuxième ligne la seconde chaire de clinique obstétricale.

Or, à la demande du Ministre, au vœu du Doyen, si clairement exprimé dans son discours prononcé à l'inauguration de la nouvelle Clinique, il fut répondu par la Faculté (dont les professeurs s'étaient réunis deux fois pour délibérer sur ce sujet) que l'utilité et l'urgence de la création d'une deuxième chaire de clinique obstétricale ne se faisaient nullement sentir.

Cette décision, dit-on, fut votée à une ou deux voix de majorité, alors que 17 professeurs sur 33 étaient présents. On raconte que ce vote n'eut lieu qu'après un discours prononcé par M. Depaul et dans lequel ce professeur démontra que sa clinique suffisait à tous les besoins de l'enseignement obstétrical. Je ne connais ni les arguments que M. Depaul fit valoir, ni les chiffres sur lesquels il s'appuya ; par conséquent, je ne les discuterai pas. Je vais simplement et aussi clairement que

possible, *et exclusivement au point de vue matériel*, exposer l'état actuel de l'enseignement obstétrical à la Faculté.

M. le doyen a dit que, tous les ans, la Faculté de Paris recevait 600 docteurs. Donc, 600 élèves par an doivent apprendre l'art des accouchements.

On devrait aussi y joindre tous les docteûrs et élèves étrangers qui viennent en France pour compléter ou perfectionner leurs études médicales et qui ne sont pas les moins ardents à suivre nos cliniques, je n'en tiens pas compte encore. Mais, d'un autre côté, de ce chiffre de 600, il ne faut pas, comme je l'ai entendu dire, en distraire les externes des hôpitaux, sous prétexte que ces derniers apprennent les accouchements dans leurs services respectifs. C'est là une erreur profonde, et j'espère que, sur ce point, je ne serai démenti par aucune des personnes compétentes et au courant de la question. Donc, la Faculté doit fournir à 600 élèves au moins un enseignement obstétrical clinique.

Quels sont ses matériaux ? — Une clinique.

Dans cette clinique, combien de femmes viennent accoucher ? Le tableau suivant va nous répondre.

Nombre total des accouchements effectués à la Clinique.

Année 1875	526	accouchements.
— 1876	542	—
— 1877	619	—
— 1878	561	—
— 1879	594	—
— 1880	583	—

Il se fait donc en moyenne 571 accouchements par an.

On pourrait croire que les élèves peuvent voir ces 571 accouchements, mais il n'en est rien.

Les élèves ne peuvent venir à la Clinique avant 8 heures du matin, et on les prie de sortir à partir de 10 heures du soir; les élèves sages-femmes restant seules, la nuit, dans l'établissement.

Si nous recherchons combien de femmes accouchent à la Clinique de 8 heures du matin à 10 heures du soir, nous trouvons les chiffres suivants :

Année.	Accouchements effectués de 8 h. du matin à 10 h. du soir.
1875	300
1876	305
1877	342
1878	301
1879	277
1880	318

Ainsi, les 600 élèves ne peuvent voir, par an que 307 accouchements en moyenne.

Un demi-accouchement par élève ! voilà la vérité.

Et ce n'est pas tout.

Pour suivre un accouchement avec fruit, pour étudier ce grand acte physiologique, quelquefois pathologique, l'élève a besoin d'être guidé dans ses explorations, éclairé quant aux divers phénomènes qui se produisent.

Qui le guide, qui l'éclaire, en dehors des heures de la visite ?

J'interroge tous ceux qui sont passés par la Clinique, qu'ils répondent !

Voilà où nous en sommes, en 1881.

On m'objectera que les élèves, sous la direction du professeur de clinique quelquefois, et du chef de clinique trois fois par semaine (quand il y a leçon clinique), peuvent examiner des femmes enceintes.

Cela est vrai, mais cela est-il suffisant. — Voyons les choses de près.

En 1875-1876, pendant que j'étais chef de clinique, 135 élèves examinèrent des femmes pendant l'année scolaire.

2	élèves	examinèrent des femmes	5	fois.
5	—	—	4	—
16	—	—	3	—
43	—	—	2	—
69	—	—	1	—

Les autres élèves inscrits sur mes cahiers ne venaient pas à l'appel. Pourquoi ?

Les uns ne venaient pas par insouciance, je le reconnais ; les autres, et le plus grand nombre, parce qu'après être venus pendant un mois sans pouvoir examiner une femme, ils s'en allaient découragés et ne revenaient plus.

Et alors, quel est le résultat de cet état de choses ? Il est désastreux à tous égards.

Désastreux pour les élèves lorsqu'ils abordent le cinquième examen.

Bien plus désastreux encore pour les femmes qui sont soignées par des médecins qui ont pu traverser cette filière avec succès, et qui, cependant, ont tout à apprendre au point de vue obstétrical !

Mais, pourquoi les recevez-vous, nous dira-t-on ?

Pourquoi nous les recevons ? D'abord, parce qu'un seul juge ne peut refuser un élève, si ce dernier a bien répondu aux deux autres examinateurs. Ensuite, et ceci va paraître incroyable, nous sommes appelés à examiner les élèves sur la clinique obstétricale, et lors de ces examens qui ont lieu, soit à la Charité, soit plus rarement à l'Hôtel-Dieu, nous n'avons presque jamais de femmes à faire examiner.

Et nous sommes obligés de faire passer un examen *théorique*.

Et nombre d'élèves sont reçus docteurs qui n'ont *jamais examiné une femme ni assisté à un accouchement !* — Cela est monstrueux, mais cela est ainsi.

Oh ! avec quelle joie nous recevons les élèves qui, à force de volonté, d'opiniâtreté et de sacrifices de toutes sortes, sont parvenus à apprendre la science obstétricale et nous font de bonnes réponses, ou examinent méthodiquement les femmes, quand nous avons la rare chance de leur en donner !

Que faire pour remédier à un semblable état de choses ?

Prendre deux mesures : Obliger les élèves, avant de se présenter au cinquième examen, à faire un stage effectif de trois mois dans une clinique obstétricale, ou bien à présenter un

certificat signé du professeur de clinique et constatant qu'ils ont assisté à cinq accouchements au moins.

Si cette première mesure est prise, est-ce que fatalement l'on n'est pas forcé d'en prendre une autre ?

Qui donc oserait dire qu'une clinique dans laquelle les élèves peuvent voir 300 accouchements, sera suffisante pour 600 élèves obligés d'y faire un véritable stage ?

Mais alors, les malheureuses qui viendraient accoucher dans ces établissements seraient transformées en mannequins ! Qui donc voudrait les exposer aux suites terribles causées par des explorations si fréquentes et si répétées ? Et il y a plus encore : avec le nouveau programme, il y a deux examens d'accouchement. Est-ce que ces deux examens seront théoriques ? Non, je l'espère, tout au moins, le dernier sera clinique. Eh bien ! où prendra-t-on les femmes ? Toujours dans cette même clinique. Est-ce possible ?

Donc, la seconde mesure à prendre est la création d'une nouvelle clinique *exclusivement réservée aux étudiants.*

Une clinique dans laquelle 600 femmes viendraient accoucher, la clinique actuelle, dans laquelle se font, pour les étudiants, 300 accouchements, fourniraient à peine les matériaux suffisants. — De plus, les élèves devraient être organisés en série, et, aussi bien le jour que la nuit, assister aux accouchements sous la direction d'une personne compétente.

Je n'entre pas dans de plus amples détails ; ce rapide exposé suffit je crois, a démontrer le bien fondé du vœu de notre éminent doyen, pour lequel nous ne saurions éprouver trop de reconnaissance, quoique ses efforts soient restés infructueux.

REVUE CLINIQUE.

HOPITAL LAENNEC. — SERVICE DE M. NICAISE.

SARCOME DE L'UTÉRUS.

Les faits de sarcome de l'utérus sont encore peu nombreux ; il est probable, comme le croit Gusserow, que cette lésion a été plusieurs fois confondue avec le carcinome et le cancroïde.

D'après Gusserow également, le sarcome atteindrait spécialement le corps de l'utérus ; mais cette opinion semble trop absolue et être contredite par certains faits. D'autres lui sont favorables.

Dans un cas d'Arnott, où le col seul était sain, la maladie était manifestement sarcomateuse ; dans un autre cas, publié par Terrier (*Revue de chirurgie*, 1881, p. 402) une tumeur fibro-sarcomateuse occupait encore le fond de l'utérus ; l'hystérectomie a guéri la malade.

A ces faits de sarcome du corps de l'utérus nous pouvons en ajouter un nouveau, qui permet d'étudier l'évolution complète de cette maladie.

Sarcome fasciculé du corps de l'utérus avec intégrité de la muqueuse utérine et du col utérin. — Jamais de métrorrhagie. — Kyste dermoïde de l'ovaire gauche. — Greffe sarcomateuse au niveau de la piqûre d'une ponction. — Péritonite ultime. — Autopsie. — (Observation recueillie par M. Tissier, interne des hôpitaux.)

L..., âgée de 66 ans, vernisseuse, entre le 21 décembre 1880, à l'hôpital Laennec, salle Chassaignac, n° 7, dans le service de M. Nicaise.

C'est une malade sans antécédents héréditaires morbides, qui

n'eut jamais, jusqu'à ces derniers temps, aucune maladie sérieuse, dont l'enfance fut seulement marquée par quelques manifestations de scrofule, qui, plus tard, vers 50 ans, eut à plusieurs reprises des éruptions d'eczéma. Réglée à 18 ans pour la première fois, la menstruation fut toujours régulière jusqu'à l'époque de la ménopause, qui survint il y a deux ans.

Elle eut quatre grossesses, trois fois accoucha d'enfants mort-nés. De la dernière couche (à 42 ans) est restée dans la fosse iliaque droite une douleur sourde réveillée par la pression et s'exaspérant spontanément aux époques menstruelles, mais n'ayant jamais fait souffrir assez pour imposer un traitement suivi.

Depuis quatre ans cependant, sans que les douleurs soient devenues plus vives, la malade s'est affaiblie progressivement. Au mois de novembre 1879, après une promenade un peu longue et fatigante, elle fut prise de défaillance, de nausées, de vomissements, et de ce jour dut prendre le lit, pour ne plus le quitter. C'est encore à compter de ce moment qu'apparurent des pertes vaginales presque incessantes d'un liquide purulent et fétide sans jamais de métrorrhagie, tant à l'époque que dans l'intervalle des règles. Après avoir tenté de se soigner quelque temps chez elle, la malade résolut d'entrer à l'hôpital Tenon, en janvier 1880. Il lui fut prescrit des injections de feuilles de noyer et des cataplasmes laudanisés sur le ventre. Au bout de trois mois, l'état de sa santé ne s'était pas modifié. Le dépérissement et l'amaigrissement étaient excessifs, les fleurs blanches mêlées de pus persistaient et toujours dans la fosse iliaque droite ce même point douloureux qu'exagérait le moindre contact. La malade fut alors conduite au Vésinet, en revint pour se faire presque aussitôt recevoir vers la fin d'avril à Saint-Antoine, où le traitement consista, de même qu'à Tenon, en injections vaginales, cataplasmes et vésicatoires. Les douleurs abdominales à partir du mois de mai, se montrèrent avec une intensité qu'elles n'avaient jamais eu, affectant un caractère de lancinance particulier et revenant par crises presque insupportables. Une ponction fut faite dans l'abdomen, sans résultat. En juillet, la malade fut transférée à l'hôpital Laënnec, dans le service de M. Damaschino, et en dernier lieu, après quelques mois, dans la salle Chassaignac (service de M. Nicaise).

Cette femme est dans un état de maigreur extrême. Son ventre volumineux a commencé de grossir, dit-elle, il y a deux ou trois mois. La saillie qu'il forme, non très considérable, est plus accusée du côté

droit que du côté gauche. La cicatrice ombilicale entièrement déplissée est à peine reconnaissable et au-dessous de l'ombilic et à droite, à quelques centimètres, on trouve dans le tissu sous-cutané et dans la peau, une nodosité de consistance molle, grosse à peu près comme une petite noix. Cette petite tumeur est apparue au point même où une ponction fut faite en mai 1880. Par la palpation, il est possible de limiter une tumeur profonde qui se confond inférieurement avec les organes pelviens et qui supérieurement remonte un peu au dessus de l'ombilic, davantage à droite, tumeur mate, donnant, quand on vient à l'explorer, une vague sensation de fluctuation. On peut en de certains points produire par la percussion le phénomène du flot, phénomène qu'il faut rapporter à l'ascite accompagnant la tumeur, Au toucher vaginal l'utérus apparaît entièrement immobilisé, mais le museau de tanche est souple et non déformé, normal, entièrement sain.

Dans le cul-de-sac postérieur, le doigt rencontre une masse dure, de consistance, homogène ; si l'on vient à la presser, un flot de pus s'écoule dans le vagin, mais nous ne parvenons pas à découvrir l'orifice. Les autres viscères explorés ne révèlent aucune lésion manifeste, aussi bien l'estomac que les poumons ou le cœur. On a seulement l'œdème mou et indolore avec deux membres inférieurs sans cordons indurés sur le parcours des veines et sans ganglions engorgés. La recherche de la glycose et de l'albumine dans les urines reste vaine. Du reste les fonctions de miction et de défécation s'accomplissent normalement. Il n'existe donc, comme phénomène physiologique modifié que les douleurs et l'excrétion de liquide purulent par le vagin, jamais de métrorrhagie.

Le 23 décembre, une ponction fut pratiquée avec l'aspirateur Potain dans la région iliaque droite, ponction qui laisse sortir un demi-verre de liquide rougeâtre visqueux contenant des flocons de fibrines et rien de plus.

La malade, de plus en plus affaissée, dans un état d'anxiété respiratoire incessant, sans présenter de symptômes nouveaux, ne tarde pas à succomber, le 5 janvier, à 8 heures du matin.

Les derniers jours, avec un peu de congestion pulmonaire et de submatité aux deux bases, sans signes certains d'épanchement pleural, on note un œdème généralisé à toute la moitié inférieure du corps, mais toujours sans urines albumineuses ni autres manifestations d'intoxication urémique.

Autopsie. — Pratiquée le 6 janvier 1881. — Vingt-quatre heures après la mort.

La petite nodosité sous-cutanée abdominale est, dès l'abord, énucléée et incisée. Son aspect est blanc jaunâtre ; sa consistance très molle, friable, fait à première vue songer à de l'encéphaloïde.

L'abdomen ouvert montre un épanchement ascitique rougeâtre, d'assez grande abondance répandu sur les parties latérales, tandis, que sur la ligne médiane, bombe une tumeur très volumineuse des dimensions environ d'une forte tête d'adulte remontant des profondeurs du bassin jusqu'à l'ombilic. Cette tumeur est recouverte par d'épaisses fausses membranes très vasculaires et par le grand épiploon qu'on reconnaît à peine. La péritonite n'est d'ailleurs pas localisée au voisinage de la tumeur, mais occupe la cavité toute entière, et fixe les divers viscères entre eux, ou bien aux parois — foie, rate, anses intestinales — et forme des loges où s'est enkysté le liquide de l'ascite. La tumeur est mollasse et se laisse déchirer lorsqu'on veut la séparér des parties qui l'entourent.

Isolée cependant avec assez de facilité, dans toute sa partie sus-pelvienne, elle est beaucoup plus adhérente au-dessous du détroit supérieur. En la débarrassant, à l'aide du couteau, de ses dernières attaches, on fait la section d'une poche renfermant une masse filamenteuse du volume du poing, constituée par un tassement de cheveux au milieu desquels sont englobés des détritus blancs et caséeux d'odeur infecte.

Il nous semblait d'abord que cette masse n'était autre qu'un égagropile contenu dans l'intestin, mais l'examen fit bientôt voir qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde de l'ovaire gauche ; et sur les parois comme fibreuses de ce kyste se trouvent des kystes plus petits avec des amas chondroïdes et des poils de duvet solidement implantés dans leur intérieur.

Ce kyste dermoïde, à parois suppurantes, communiquant très vraisemblablement avec le vagin, formait cette masse, que, par le toucher, on sentait dans le cul-de-sac postérieur, et sans doute était l'origine de l'écoulement purulent continu dont se plaignait la malade.

La tumeur, une fois sortie du bassin, placée sur la table, est de forme sphéroïde, un peu effilée inférieurement. Elle est manifestement développée aux dépens de l'utérus dégénéré, la partie inférieure effilée est le col utérin que la dégénérescence n'a pas touché. En avant, on voit les tuniques de la vessie, en arrière du rectum, tuni-

ques qui ne font pas corps avec l'utérus et qui, de même que le col et le vagin, ont été respectées par le néoplasme. La coupe faite d'avant en arrière dans le plan vertical, montre la cavité utérine légèrement augmentée de volume, puis surmontée et entourée dans tout le segment supérieur de tissus ramollis, friables, teintés diversement de rouge et de blanc, parsemés d'îlots d'hémorrhagie. Ce qui mérite principalement que l'on insiste, c'est que les parties malades ne viennent pas jusqu'au contact de la muqueuse, dont l'intégrité semble pouvoir être affirmée, bien entendu avec les réserves que commande l'attente de l'examen microscopique. Même intégrité de toute la partie inférieure du corps et de tout le museau de tanche. Sur les parties latérales et postérieures de la tumeur, sont les trompes.

La trompe gauche est très dilatée, entièrement transformée par l'envahissement des produits nouveaux, son pavillon avec l'hydatide de Morgagni est aisément reconnaissable. En arrière, au-dessous du pavillon est l'ovaire ou mieux la portion restante du kyste dermoïde avec les caractères précédemment décrits. La trompe droite est beaucoup plus en arrière par rapport à la tumeur utérine, l'ovaire de ce côté n'est pas retrouvé.

Les organes environnants, vagin, rectum, sont intacts, d'où la difficulté d'un diagnostic pendant la vie. Mais les ganglions lombaires et iliaques sont hypertrophiés, congestionnés, quelques-uns infiltrés d'une substance blanchâtre, analogue à celle de la tumeur. La compression que ces ganglions devaient exercer sur les vaisseaux veineux doit expliquer l'œdème des deux membres inférieurs; il n'y a pas trace en effet de coagulation dans les veines iliaques internes ni dans la veine cave. Le foie est à peu de chose près normal, pâteux, légèrement graisseux. La rate n'a pas subi d'altération. Les reins sont sains de même que les uretères, au moins dans toute la partie postérieure et supérieure à la tumeur. Nous ne pouvons les disséquer dans la dernière portion de leur trajet. L'intestin est intact dans tout son parcours.

Le rachis ne semble pas atteint.

Dans la *poitrine* peu de lésions, pas d'adhérences des feuillets pleuraux; mais un peu de liquide citrin foncé à droite et à gauche.

Les poumons ne sont qu'un peu emphysémateux vers le sommet et les bords.

Le péricarde est relié par des tractus fibreux peu solides au cœur.

Celui-ci est de dimension normale et n'offre aucune altération valvulaire ou autre appréciable.

Le cerveau est légèrement diffluent.

Examen histologique pratiqué par M. Mayor, chef de laboratoire d'histologie des hôpitaux.

L'examen de la tumeur pratiqué, après durcissement dans l'alcool et la gomme, sur des coupes coloriées au picro-carminate d'ammoniaque, dénote qu'il s'agit d'un sarcome fasciculé sur certains points, embryonnaire sur d'autres. En effet, certaines régions du néoplasme sont constituées uniquement par des cellules embryonnaires qui, par places, ont subi la dégénérescence granulo-graisseuse; mais, dans sa plus grande étendue, la tumeur est formée de faisceaux de fibres fusiformes que le rasoir a rencontrées tantôt parallèlement, tantôt plus ou moins obliquement ou perpendiculairement à leur plus grand diamètre. La substance intercellulaire, peu abondante en général, se présente cependant en certains points sous forme d'amas homogènes d'aspect muqueux qui pénètrent dans l'intérieur des faisceaux et en dissocient les cellules. Il y a donc tendance à la transformation en myxomes sur certaines parties de la tumeur, transformation fréquente dans les sarcomes de l'utérus, fait qu'avait déjà remarqué Virchow.

En faisant des coupes qui portent à la fois sur la tumeur et sur la paroi utérine, on voit, en dehors de la couche musculaire de celle-ci, qu'il existe une épaisse couche fibreuse due probablement à l'épaississement de la couche de tissu conjonctif sous-péritonéal. En dehors de cette couche on voit apparaître le tissu embryonnaire qui forme la base de la tumeur; en dedans le tissu fibreux se continue entre les faisceaux de fibres musculaires issus de l'organe, et par place on rencontre à ce niveau de petits amas formés uniquement de cellules embryonnaires ce sont, soit des nodules sarcomateux, soit des petits foyers inflammatoires. Ces amas sont fréquemment unis les uns aux autres par des traînées de cellules embryonnaires qui occupent l'intervalle des faisceaux fibreux. Les vaisseaux du néoplasme sont peu abondants, constitués en certains points par une paroi homogène colorée en rose par le picro-carmin, et tapissés de cellules endothéliales normales.

En d'autre points ils sont uniquement limités par des cellules sarcomateuses. Cet état de parois explique la présence de foyers hémorrhagiques nombreux trouvés à l'intérieur de la tumeur.

Remarques : Il importe, en terminant cette communication, d'insister sur les difficultés que présentait diagnostic. La persistance et la régularité des fonctions menstruelles, si peu d'accord avec l'hypothèse d'une tumeur maligne, ainsi que la complète intégrité du col, nous avaient fait penser à quelque tumeur fibreuse développée dans l'épaisseur des parois utérines, tumeur fibreuse ayant déterminé tout autour d'elle une inflammation suppurative de la séreuse. C'est à un foyer de pelvi-péritonite, ouvert dans le cul-de-sac postérieur, que nous rapportions l'écoulement vaginal qui se faisait plus abondant pendant le toucher, si l'on pressait sur le fond du vagin. Quel indice pouvait laisser soupçonner un kyste dermoïde de l'ovaire ?

La consistance mollasse du sarcome, par la vague sensation de fluctuation qu'elle fournissait, en nous faisant ajouter que le fibrome interstitiel vraisemblablement était un kysto-fibrome, ne nous a pas moins abusé.

Les constatations de l'amphithéâtre ont complètement déçu nos prévisions ; mais les symptômes observés ne permettent guère d'éviter une méprise. Celle-ci, d'ailleurs, n'a pas été préjudiciable à la malade. Que ce fût un kysto-fibrome ou bien un sarcome, avec les dimensions que la tumeur avait acquises, il est entendu que le traitement devait demeurer le même, c'est-à-dire purement expectatif. A un âge moins avancé et de la malade et de la maladie, peut-être aurait-on pu risquer quelque grande opération curative ? Comme dans le cas de M. Terrier, cité plus haut.

Il est une autre particularité de notre observation sur laquelle il n'est peut-être pas inutile de revenir : c'est d'une part l'absence de généralisation du sarcome ailleurs que dans la zone ganglionnaire correspondant à l'utérus ; d'autre part, le développement dans la peau de la région hypogastrique d'une masse sarcomateuse sans continuité aucune avec la néoplasie utérine apparue au lieu même où fut pratiquée une ponction aspiratrice.

N'y aurait-il pas eu, grâce à la pointe du trocart, transport d'une parcelle sarcomateuse qui se serait arrêtée dans la paroi de l'abdomen, s'y serait greffée, puis y aurait subi toute son évolution ?

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Altération du lait dans les biberons. — M. le secrétaire perpétuel dépose sur le bureau, au nom de M. H. Fauvel, une *note sur les altérations du lait dans les biberons constatée en même temps que la présence d'une végétation cryptogamique dans l'appareil en caoutchouc qui s'adapte au récipient en verre :*

« Le laboratoire municipal, dit M. Fauvel dans cette note très intéressante, ayant été consulté, il y a deux mois, par M. le Dr Dumesnil, au sujet de l'odeur fétide qui se dégage des biberons employés pour l'allaitement artificiel, et sur les altérations que pouvait avoir subies le lait dans ces biberons, je fus chargé de cette étude.

« Plusieurs biberons *en service* dans une crèche, remis au laboratoire par M. le Dr Dumesnil, donnèrent lieu, par mon examen, aux constatations suivantes

« Dans tous les biberons le lait avait contracté une odeur nauséabonde, sans qu'on ait pu y déceler la présence de l'hydrogène sulfuré. Le lait était acide, a demi coagulé ; à l'examen microscopique les globules graisseux étaient déformés, ils avaient une apparence pyriforme ; de nombreuses bactéries très vivaces et quelques rares vibrions se montraient dans le liquide.

« La quantité de lait restant dans chaque biberon était insuffisante pour une analyse chimique complète.

« Le tube en caoutchouc, qui sert à l'aspiration, incisé dans toute sa longueur, renfermait du lait coagulé et les mêmes microbes que ceux rencontrés dans le lait du biberon ; mais en outre (et *c'est le fait important de cette communication*), l'examen révéla dans l'ampoule qui

constitue la tétine du biberon et termine le tube en caoutchouc, *la présence d'amas plus ou moins abondants d'une végétation cryptogamique* dont l'aspect est nettement représenté dans les photographies annexées à cette note.

« Ces végétations, ensemencées dans du petit-lait, ont donné en quelques jours, dans des proportions considérables, *des cellules ovoïdes*, se développant en mycélium dont je n'ai pu encore observer les fructifications.

« En présence de ces faits, M. le secrétaire général de la préfecture de police a réuni les médecins inspecteurs du service des enfants du premier âge et a prescrit une visite de toutes les crèches, faite concurremment avec les chimistes du laboratoire municipal.

« Le résultat de ces visites a été le suivant :

« Sur 31 biberons examinés dans 10 crèches, 28 contenaient dans la tétine, dans le tube en caoutchouc et même, pour quelques-uns, dans le *récipient en verre*, des végétations analogues à celles qui viennent d'être indiquées, et des microbes de l'espèce de ceux mentionnés plus haut. Plusieurs de ces appareils, lavés avec soin, et par conséquent prêts à être mis en service, contenaient une grande quantité de ces cryptogames.

« Je ferai remarquer que dans deux cas on a retrouvé dans les tubes de biberons en très mauvais état du pus et des globules sanguins et que les médecins ont constaté que les enfants auxquels appartenaient ces biberons présentaient des érosions dans la cavité buccale. On peut donc en conclure que la salive pénètre dans les biberons et vient ajouter ses propres ferments à ceux du lait. Il est vraisemblable que l'acidité constatée dans le lait est déterminée par les bactéries qui s'y trouvent et dont les germes existent dans les biberons, même lavés. C'est à la faveur de cette acidité que *les mycéliums* dont nous avons parlé se développent.

« Quelle influence la présence de ces végétations cryptogamiques et de ces mirobes, présence qui coïncide *avec une altération profonde du lait contenu dans les biberons*, exerce-t-elle sur le développement des affections intestinales, qui font de si nombreuses victimes parmi les enfants du premier âge soumis à l'allaitement artificiel ? C'est ce qu'il est encore imposible de dire, et c'est ce que des expériences en cours d'exécution permettront probablement de déterminer.

« La présente note n'a d'autre but que d'appeler l'attention sur un fait qui n'avait pas encore été constaté, et sur une question d'une

importance incontestable au point de vue de l'allaitement artificiel. » — (*Renvoi à la Commission de l'hygiène de l'enfance.*)

M. JULES GUÉRIN : Il serait intéressant de savoir depuis combien de temps le lait séjournait dans les biberons et dans les tubes de caoutchouc, afin de pouvoir établir s'il s'agit d'un inconvénient inhérent au système des appareils ou bien au séjour prolongé du lait.

(*Séance du* 27 *mai* 1881).

Empoisonnement par le laudanum chez les enfants. — M LÉON COLIN présente à l'Académie une très intéressante observation intitulée : *Empoisonnement par le laudanum chez un enfant de six mois; emploi, pendant* 16 *heures, de la respiration artificielle. — Guérison.*

Cette observation, recueillie à l'hôpital militaire de Dellys, par M. le D[r] Alfred Mignon médecin aide-major de première classe, vient à l'appui de celle que vous présentait l'année dernière votre très honoré collègue M. Le Roy de Méricourt au nom de MM. Nicolas et Demouy ; elle prouve à nouveau de quelle ressource, presque surprenante, peut être, en pareil cas, la respiration artificielle longtemps prolongée.

Présentation d'instrument. — M. FOURNIER présente à l'Académie un *nouveau spéculum vaginal* imaginé par M. le D[r] Émile Lévy, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Nancy, et construit par M. Streisguth, fabricant d'instruments de chirurgie dans cette ville. C'est un speculum bivalve, analogue à celui de notre confrère M. Cusco, mais qui en diffère surtout par la disposition de la valve inférieure présentant une large fenêtre de forme ovalaire ; aussi devient-il possible de toucher et de voir en même temps le col utérin. « Des essais que nous en avons faits, dit M. Fournier nous pouvons conclure qu'il remplit parfaitement cette double indication ; ce qui lui donne une importance toute particulière. »

(*Séance du* 29 *mai* 1881.)

A. LUTAUD.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Duplay fait un rapport oral sur **deux observations d'ovariotomie** adressées à la Société de chirurgie, par M. Camballot, de Marseille.

Ces observations intéressantes, en tant que succès à enregistrer, ne présentent rien de très spécial. Je signalerai seulement que notre confrère n'a pas réduit les pédicules dans l'abdomen et les a fixés au moyen d'un serre-nœud de Cintrat ; que, pour empêcher le météorisme, il a fait prendre à ses malades un peu de sous-nitrate de bismuth, moyen sur lequel il ne faudrait peut-être pas compter aveuglément ; que les sutures ont été enlevées le huitième jour ; enfin que les deux opérations ont été faites à l'hôpital dans la salle commune.

Il propose d'adresser des remerciements à M. Camballot et de déposer ses observations dans les archives.

M. Polaillon. — La réussite de l'ovariotomie dans un hôpital n'est pas propre à la ville de Marseille. J'en ai fait cinq à la Pitié; deux de mes malades ont succombé, l'un au choc traumatique en trente-six heures; l'autre à une embolie pulmonaire, au quinzième jour, comme les femmes qui relèvent de couches.

M. Duplay a vu guérir aussi six ou sept jeunes femmes opérées à l'hôpital, mais c'était dans une salle spéciale, tandis que M. Camballot, avait laissé ses malades dans la salle commune. On pourrait voir aussi bien la guérison survenir dans ces conditions, même à Paris, si les soins consécutifs étaient donnés par des personnes suffisamment expérimentées. C'est là que réside la condition fondamentale du succès, encore plus que dans le milieu.

M. Lucas-Championnière. — Après avoir fait des ovariotomies à l'hôpital, et deux opérations césariennes à l'hôpital Cochin et à l'hôpital Necker, dans une salle où M. Potain avait l'habitude de placer les malades atteints d'érysipèle, je reste convaincu de l'importance des soins consécutifs que je crois plus grande que celle des salles où l'on met les opérées.

M. Guyon. — Quatre ovariotomies faites avec succès à l'hôpital Necker m'ont amené à avoir la même opinion que mes collègues. Néanmoins il ne faudrait pas laisser s'accréditer l'idée que l'isolement des opérées n'a pas d'importance. Le calme dans la journée,

le sommeil la nuit sont pour elles des conditions indispensables de guérison. J'ajouterai que les salles communes de Paris ne peuvent être assimilées à celles de Marseille au point de vue de la salubrité.

M. Polaillon est aussi d'avis qu'il est très important d'assurer aux malades le calme et le sommeil.

Accidents graves occasionnés par la torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire. — Ovariotomie ; guérison, par M. Duplay.

Une femme de 53 ans, d'une bonne santé, bien qu'elle portât un kyste ovarique, fut prise tout à coup de douleurs abdominales vives accompagnées de fièvre et vomissements, de constipation. Cette poussée de péritonite s'étant calmée, je fus appelé auprès de cette malade, il y a deux mois, et je constatai que sa tumeur avait le volume d'une tête d'adulte. Une ponction donna issue à un litre d'un liquide visqueux teinté de sang qui ne représentait qu'une partie du contenu de la poche. Je pensais que des adhérences unissaient cette dernière à la paroi abdominale.

L'opération pratiquée le 3 de ce mois ne présenta rien de spécial, si ce n'est que les adhérences, dont l'existence avait pu être diagnostiquée, étaient très étendues et très vasculaires. Je fus frappé de l'aspect opaque, feuille morte, de la paroi kystique. Au moment de lier le pédicule, je remarquai qu'il offrait des bosselures multiples et je me rendis compte de cette disposition, après avoir constaté qu'il était plusieurs fois tordu sur lui-même. Cette torsion que vous pouvez voir sur cette pièce, avait été la cause des accidents. Quoique l'on connaisse déjà un certain nombre d'exemples de ce fait, on doit encore le considérer comme rare, surtout en France où il a été à peine signalé.

M. Th. Anger a vu à Beaujon, dans le service de M. Le Fort, un cas du même genre. La malade, qui était âgée, avait éprouvé des symptômes de péritonite. La torsion du pédicule avait déterminé la gangrène du kyste qui était énorme. Il est bien certain que les adhérences n'ont pu s'établir, chez la malade de M. Duplay, qu'après la torsion du pédicule.

M. Duplay. — Le fait cité par M. Th. Anger a plus d'analogie avec un autre que j'ai constaté dans une autopsie qu'avec le cas actuel. Ici les lésions n'étaient pas allées tout à fait jusqu'à la gangrène.

Spencer Wels a observé plus d'un exemple de cet accident spécial. Il représente à mes yeux une indication pressante de l'ovariotomie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Infécondité. — M. de Sinéty cite plusieurs faits qui prouvent que des individus ayant des spermatozoïdes parfaits peuvent cependant être inféconds.

M. Sanson cite, à cette occasion, le fait suivant : Il y a quelques années, il a fait accoupler un jeune sanglier avec une truie. Cinq produits, dont deux mâles et trois femelles, furent le résultat de cet accouplement. Des deux mâles, un seul a bien rempli ses fonctions ; son sperme était pourvu de spermatozoïdes superbes et parfaitement animés de mouvements. Or les accouplements répétés entre ce mâle et les trois femelles sont restés inféconds. M. Sanson a fait alors accoupler ces femelles avec un mâle qui avait fait ses preuves ; même résultat négatif. Il ne suffit donc pas de la présence des spermatozoïdes pour que la fécondation soit assurée, et il y a, dans cet acte, un certain nombre de causes indépendantes de la présence des spermatozoïdes et qui nous échappent encore. On sait que souvent on trouve des spermatozoïdes parfaits chez le mulet. Ces faits sont à rapprocher de ceux de M. Sinéty.

M. Malassez fait observer que ce mâle accouplé à une truie eût peut-être donné des petits.

M. Hallopeau a connu un jeune homme, ayant eu une orchite double, qui s'est mariée et qui n'a pas eu d'enfants, bien que son sperme contînt des spermatozoïdes parfaitement développés. Huit ans après le mariage, sa femme devint enceinte, mais non de son fait, ce qui prouve que l'infécondité dépendait de lui et non d'elle.

M. Poncet cite plusieurs faits qu'il a eu l'occasion d'observer au Mexique et qui semblent prouver que les mariages entre cousins germains sont habituellement inféconds.

M. Sanson croyait la question des mariages consanguins jugée depuis longtemps. Il a été surabondamment démontré, en effet, qu'il n'y a rien dans la consanguinité qui puisse entraîner la stérilité. Il est très certain que les alliances consanguines sont tout aussi fécondes que les autres. Les recherches entreprises sur la consanguinité n'ont prouvé qu'une seule chose, c'est qu'elle porte l'hérédité à sa plus haute puissance.

(Séance du 14 mai 1881, Gaz. des hôp.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Recherches sur la variole, par M. BARTHÉLEMY. — Un volume in-8, 288 pages. Paris 1880, chez Delahaye et Lecrosnier, éditeurs.

Interne de M. le Dr Rigal, à Saint-Antoine, M. Barthélemy a observé plus de 400 cas de variole. C'est une étude critique de cette maladie qu'il s'est proposé de faire, s'attachant à comparer les cas qu'il avait sous les yeux et les discriptions classiques ; travail long, consciencieux, plein d'intérêt, utile pour la pratique, comme tout ce qui se rattache directement à la clinique.

La variole, dit M. Barthélemy, est un type de maladie spécifique aiguë, de cause extérieure à l'organisme.

Après un court historique où il rappelle les premières descriptions de variole, M. Barthélemy admet, pour la variole comme pour la vérole, une origine relativement récente, et critique la doctrine de l'éternité et de l'immuabilité des maladies et des virus en particulier.

M. Barthélemy insiste, en passant, sur la nécessité des vaccinations et des revaccinations. Malgré les cas de syphilis vaccinale, il se prononce pour le vaccin humain, se basant sur les cas peu nombreux mais bien observés et concluants, ou l'emploi du vaccin animal n'a donné qu'une immunité passagère ; d'où une sécurité souvent dangereuse. Enfin, il aspire au temps heureux où les découvertes de M. Pasteur auront tenu leurs précieuses promesses et où, par la culture des divers virus, on sera arrivé, par une sorte de vaccination universelle, à triompher des diverses maladies virulentes qui déciment l'humanité.

Dans un premier chapitre d'anatomie et de physiologie pathologiques, M. Barthélemy étudie l'évolution du virus dans l'organisme et les désordres auxquels il donne lieu par l'intoxication du sang et par l'intoxication consécutive du système nerveux, à laquelle l'auteur croit devoir attacher une grande importance.

M. Barthélemy expose l'état actuel de nos connaissances sur le prétendu microbe, sur le parasite du virus variolique sur le *variose*,

comme disait Piorry, sur ses divers modes de propagation et d'inoculation. Il cherche à montrer que les lésions du cœur, du myocarde et de ses séreuses, de l'aorte, des reins, sont loin d'être aussi fréquentes, aussi constantes, que divers auteurs, trop hâtivement généralisateurs, l'ont avancé. Les divers organes sont ainsi passés en revue; l'étude de la pustule variolique et de son ombilication est notamment exposée d'une manière fort complète.

Les stéatoses rapides du foie, des reins, démontrent l'action d'un poison hématique. Les divers symptômes sont ensuite passés en revue. La fièvre, la céphalalgie à laquelle on n'a pas accordé l'importance clinique qu'elle mérite, dans la symptomatologie de la variole où elle n'est pas le phénomène banal de toutes les fièvres, la rachialgie, les rash qui ne sont ni une affection distincte ni un accident dans la maladie, les paralysies, les retentissements utérins et les autres troubles fonctionnels, ainsi que l'éruption elle-même sont tout autant de preuves qui attestent l'intoxication et la souffrance du système nerveux et sa réaction contre le virus.

Le système nerveux médullaire, et le grand sympathique sont surtout intéressés, comme le prouvent l'absence, *en général*, de troubles cérébraux, de délire, la présence de la rachialgie, des paraplégies, des rash, etc.

Un chapitre tout entier est consacré à l'étude des *rash* : historique, anatomie pathologique, évolution, séméiologie, importance diagnostique et pronostique y sont exposés et discutés avec un soin tout particulier. Ce chapitre constitue une des monographies les plus importantes que l'on ait sur cet intéressant sujet. Les rash sont des symptômes de la variole au même titre que la rachialgie et les vomissements; ils comptent même parmi les plus précieux au point de vue du diagnostic. A leur occasion, est posée et discutée la question de la *simultanéité des fièvres éruptives.*

Les rash, pour M. Barthélemy, ne sont qu'une conséquence de la paralysie des vaso-moteurs et il rattache les troubles utérins, les métrorrhagies qui ne sont que des *rash utérins.*

Signalons encore l'étude de l'éruption variolique au point de vue purement dermatologique et le chapitre de la variole *salutaire.*

Une évolution morbide de la nature de la variole ne saurait effectuer un cycle parfait et fatal dans tous les organismes et sa symptomatologie ne saurait être renfermée dans un cadre fixe et invariable. M. Barthélemy proteste, en effet, contre la croyance trop exclusive-

ment répandue que les divers stades de la variole, ainsi d'ailleurs, que ceux des autres fièvres éruptives, sont des périodes de durée absolument fixe et d'allures connues et déterminables à l'avance. Cette division, dit-il, est tout à fait artificielle, et est contraire à l'esprit clinique en ce sens qu'elle n'est pas confirmée par les faits. M. Barthélemy démontre, par de nombreuses observations que, dans les varioles qui *n'ont rien d'anormal*, la durée de l'invasion, de l'incubation, de l'éruption, etc., ont une marche et une durée variables ; il conclut que chaque organisme, en face d'un poison virulent, comme de tout autre agent toxique, dont les effets varient encore selon le terrain, se comporte et réagit à sa manière. Là encore, *il y des malades et non une maladie.*

De même, les *complications* diverses de la variole, qui sont passées en revue dans un chapitre spécial, tiennent moins au virus proprement dit qu'à des circonstances accidentelles ou à des conditions défavorables préexistant dans les organes des malades : *Loci minoris resistentiæ.*

Parmi les états les plus fâcheux au moment de l'infection variolique, il faut signaler l'*alcoolisme* et la *puerpéralité* à cause de leurs effets dépressifs sur l'organisme.

Nous attirons l'attention sur l'étude qu'a faite M. Barthélemy des complications que la variole peut faire naître sur l'*appareil génital* de l'homme et de femme, et, notamment, des divers retentissements qu'elle peut avoir sur l'*utérus*, à l'état de vacinité, pendant la gestation, après les couches, ou bien avant la puberté et après la ménopause.

La *variole* est un accident particulièrement redoutable pour la *femme grosse*. La moelle étant spécialement atteinte et le grand sympathique directement compromis, les rash et les métrorrhagies sont les conséquences des troubles de l'innervation vaso-motrice. Les centres moteurs du muscle utérin étant situés hors de la moelle, la variole devrait ne pas troubler la grossesse. Cependant, dans les varioles, même de moyenne intensité, *l'avortement et la mort de l'enfant sont la règle.* Ils ne sont pas dus à des lésions placentaires et à des troubles de nutrition comme dans la syphilis qui est une intoxication à marche chronique. Ici, l'intoxication aiguë spéciale joue un grand rôle, car l'innocuité générale de la fièvre typhoïde, par exemple, sur la grossesse montre que l'*hyperthémie* ne peut être seule mise en cause, comme le prétendent les Allemands. C'est, du moins, la seule conclu-

sion que l'on soit en droit de tirer des faits actuellement acquis à la science.

Si la *grossesse est avancée*, la mère court 61 risques pour 100 de succomber aussi, et très peu de temps après l'accouchement.

Pendant la puerpéralité, la *variole est la plus redoutable des fièvres éruptives*. Vient ensuite la scarlatine. La rougeole *est la moins dangereuse*.

REVUE DES JOURNAUX.

Une hystéro-psychose : épilepsie causée par des érosions du col, par ENGELMANN (de Saint-Louis). — L'auteur rapporte le cas d'une dame de 28 ans, ayant eu une fausse couche, puis deux enfants, dont le dernier a 18 mois.

Les menstrues, qui ont paru pour la première fois à 15 ans, ont toujours été régulières.

Peu de semaines après la naissance de son dernier enfant, Mme O. commence à se plaindre de pesanteur de la tête et de vertiges, en même temps, apparaissent des crises épileptiques, mensuelles ou bimensuelles, accompagnées d'un dyspnée qui durent 5 ou 10 minutes. Bientôt les accès se rapprochent et se caractérisent par la brièveté de la respiration, l'oppression, un sentiment de constriction dans la poitrine, puis des tiraillements dans les doigts, les mains se ferment spasmodiquement, et la malade perd connaissance, les mouvements deviennent cloniques, et elle est prise d'un opisthotonos, quelquefois si violent, que les talons touchent presque la tête, et si brusque que la malade a quelquefois été précipitée de son lit, par une seule secousse.

Le médecin ordinaire prescrivit de fortes doses de chloral et du bromure de potassium ; mais sans succès. On appelle alors le Dr Greiner, qui ajoute au traitement des injections opiacées ; par erreur, la malade prend une cuillerée à café de la teinture forte d'opium.

Cette dose énorme n'empêche pas les crises de revenir trois ou quatre fois par jour, et de durer de 10 à 15 minutes chaque fois.

Appelé en consultation avec le Dr G....., j'assiste à un de ces accès et trouve la malade assez lente d'intelligence ; l'abdomen est tendu, et très sensible ; le flanc droit est mat et présente du gargouillement.

Les parois vaginales sont gonflées, le col, gros, congestionné ; à son pourtour présente de larges érosions ; le col est douloureux, moins cependant qu'une tumeur située dans le cul-de-sac postérieur.

Quoique les règles eussent manqué une fois je me décidai à introduire l'hystéromètre ; il pénétra sans peine, et sans causer de douleurs à 7 c. 3/4, et ne ramena pas une goutte de sang. L'état des organes pelviens ne permettait pas un examen soigneux ; la grossesse semblait probable, mais, croyant que les attaques d'épilepsie étaient dues à la maladie utérine, je me décidai à ne traiter que cet organe et ses annexes, et à laisser de côté tout autre médication.

Je cautérisai l'érosion cervicale avec l'acide nitrique, et plaçai un tampon glycériné, ordonnant des cataplasmes chauds, et trois injections par jour, d'abord avec la décoction de graine de lin opiacée, puis avec de l'eau très chaude; enfin des laxatifs.

Sauf un léger spasme qui parut le 18e jour de la cautérisation, les accès ne revinrent pas jusqu'au 22 ; dans l'espace de deux jours, la douleur et la dureté de l'abdomen disparurent ; la malade se sentait bien, mais faible; un accès de fièvre intermittente céda aisément à la quinine.

Le 23, je pus faire un examen manuel complet, et trouvai, dans le cul-de-sac postérieur, une tumeur élastique que je crus être l'utérus gravide rétro-fléchi. Craignant un retour des crises épileptiques, je me déterminai à me rendre un compte exact de l'état des choses, et, avec les doigts et la sonde je replaçai la matrice, et je promenai l'hystéromètre dans l'utérus ; il ne sortit ni sang, ni liquide omniotique. Puis, j'appliquai une solution d'acide phénique au huitième sur le col.

Le 24, une violente attaque épileptique obligea le Dr Greiner à employer le chloroforme.

Le 26, j'introduisis dans le col une éponge préparée, qui fut enlevée le lendemain et, le 31, la malade expulsa un œuf sain.

Deux jours après, la malade paraissait bien, elle n'avait plus l'air hébété, les vomissements avaient cédé après l'expulsion de l'œuf, et les crises n'avaient pas reparu.

Deux semaines plus tard, la malade reprenait ses occupations.

« L'épilepsie avait été guérie par une application d'acide nitrique sur un col ulcéré. »

L'auteur rappelle deux cas, cités dans les Transactions de la Société américaine de Gynécologie de 1877. Dans l'un, les crises épileptiques

disparurent avec l'érosion ; dans l'autre, une enfant presque idiote, épileptique aussi, devint une belle fille bien portante, après l'établissement des régles, et la guérison des désordres utérins.

Le Dr M. Worther (*Trans. of the Med. Soc. of West Virginia*, 1877, p. 308) cite un cas semblable. Epilepsie datant de 4 ans, chez une dame de 26 ans, guérie par un traitement de deux mois, pour une maladie de l'utérus et des ulcérations cervicales. La guérison dure depuis dix ans.

L'auteur termine ce Mémoire, en remarquant que les hystéronévroses n'ont, pour ainsi dire, point encore été étudiées.

A. Cordes.

Moment de la conception et durée de la grossesse, par G. Engelmann. — Il est rare que nous puissions rattacher une grossesse à un *seul* coït. Plus rarement encore au *premier* coït. Aussi les trois cas rapportés par G... présentent-ils de l'intérêt.

I. — Une demoiselle de bonne famille, âgée de 22 ans, nerveuse et mal réglée, avait eu ses règles le 28 avril ; cinq semaines plus tard, le 2 juin, alors quelle attendait ses menstrues, elle céda à son séducteur, avec qui elle n'eut qu'un rapprochement ; les menstrues ne parurent plus ; le 2 mars, 272 jours après le coït, elle entra en travail, et accoucha, le 3 au matin, de jumeaux petits, mais bien conformés.

II. — Une demoiselle de 24 ans, fort bien portante, subit les premières approches de son amant le 4 juillet. Comme les menstrues n'étaient pas régulières, elle ne se rappelle pas la date de la dernière époque ; elle n'eut plus qu'un rapprochement vers la fin de juillet, et elle accoucha le 2 mars, 242 jours après le premier coït, d'un enfant qui présentait à très peu près les caractéristiques d'un fœtus à terme.

III. — Le 3 mars, je fus consulté par une fille de 24 ans, qui me parut arrivée au huitième mois de sa grossesse. Elle avait eu ses règles pour la dernière fois vers le milieu de juillet, et avait cédé pour la première fois dans les derniers jours de l'écoulement, avant sa cessation complète ; elle s'abandonna plusieurs fois, dans la suite ; mais elle n'eut l'occasion de se livrer qu'un mois après le premier coït, ce qui aurait permis aux règles de revenir, si la conception n'avait pas suivi la copulation unique de juillet. Du reste, la jeune fille paraissait avoir dépassé le septième mois.

Voici les faits qui me paraissent dignes d'attention:

1° La conception a accompagné la défloration dans les trois cas, et le premier coït a été fécondant.

2° L'imprégnation et l'insémination doivent avoir été simultanées,

3° La conception s'est produite, dans le premier cas, au moment où les règles allaient paraître ; dans le troisième, à la fin de l'écoulement ;

4° La grossesse a duré 272 jours ; et dans le deuxième cas (accouchement prématuré) 242 jours, un mois de moins ;

1° Le premier coït n'est pas toujours fécondant, il l'a été dans le premier cas sans conteste. Dans le deuxième cas, l'imprégnation et le coït, ont dû être simultanés; car la grossesse ne peut être attribuée au second coït, qui n'a eu lieu que trois semaines après, puisque le fœtus n'aurait pu présenter le développement presque complet qu'il avait acquis au moment de sa naissance. Dans le troisième cas, le développement de l'abdomen était au moins celui qu'on observe à sept mois et demi; de sorte que la grossesse ne pouvait dater de la deuxième copulation, de plus, les règles n'avaient point paru dans l'intervalle.

2° Les mêmes raisons prouvent que le coït a été accompagné de conception, dans les deux derniers cas ; dans le premier, les règles attendues d'heure en heure n'ont plus reparu.

6° La conception, qui a eu lieu, dans le cas I, immédiatement avant l'arrivée des règles, et, dans le cas III, avant la fin de l'écoulement, me paraît une preuve clinique de la contemporanéité qui existe entre l'ovulation et la menstruation, que j'ai maintes fois démontrée anatomiquement, et que je trouve vérifiée dans toutes les pièces que j'examine :

« L'ovaire prend part à la congestion qui envahit invariablement « tous les organes sexuels de la femme, pendant la période mens- « truelle, et se termine à son apogée, par la rupture de la vésicule « de de Graaf et l'écoulement d'un liquide sanguin, venant de la « muqueuse utérine; arrivée à cette amé, la congestion se soulage « par la perte sanguine, seul signe extérieur visible, qu'on appelle « menstruation.

« Les cas I et III servent à démontrer admirablement la vérité des « deux théories opposées qui soutiennent : l'une que l'ovule imprégné « est celui qui est prêt pour l'époque attendue (Lowdenhardt. *Arch. f.* « *Gynæk*, 1872, III, p. 456) et que la conception empêche d'arriver;

« l'autre, que l'ovule fécondé est celui qui s'est développé à la der-
« nière époque précédant la conception.

« Le cas I soutient la première théorie ; le cas III la seconde. Dans « le cas I l'œuf fut imprégné pendant la congestion menstruelle, au « moment où l'écoulement allait commencer ; le follicule allait éclater « et l'excitation nerveuse du coït s'ajoutant à la congestion préexis- « tante, il creva prématurément, comme cela arrive assez fréquem- « ment. Dans le cas III, l'ovule avait déjà quitté le follicule, et était « prêt à être fécondé.

« L'examen (anatomique) m'a montré que la rupture du follicule se « produit en général peu après le premier jour de l'écoulement ; « ainsi, dans le spécimen présenté par le D[r] Briggs à la Société « médicale de Saint-Louis (*Saint-Louis med. and Surg. Jour*, 20 mars « 1850, p. 265. Mais par hémorrhagie le troisième jour de règles), le « caillot fraîchement formé dans l'ovaire prouvait qu'il y avait eu une « rupture récente. Dans une autre pièce que j'ai examinée, depuis « lors (mort par péritonite récente au quatrième jour des règles), un « caillot récent donnait la preuve du même fait.

4° « Quant à la durée de la grossesse, je ne puis prendre pour base, que « le cas I, quoiqu'il soit fort intéressant de remarquer que la femme « du cas II, qui conçut un mois plus tard que la première accoucha « le même jour qu'elle.

« Dans le cas I, la grossesse parvint à terme, 272 jours, période un « peu moins longue que celle attribuée généralement à la gestation ; « le commencement du travail a probablement été hâté par l'inquié- « tude de la jeune fille.

« La durée de la grossesse est fixée en général à 278 jours en « moyenne ; cependant, après un seul coït, d'après Leishman, qui cite « Reil (43 cas de coït unique) elle n'est que de 275 jours. La durée « de la grossesse variant entre 260 et 300 jours, Leishman, cite un « cas de 273 jours.

« Je n'ai pu trouver aucune cause qui m'ait expliqué l'accouche- « ment prématuré du cas II, le travail a commencé à la fin du hui- « tième mois, 242 jours après la conception ; dans ce cas, comme dans « l'accouchement à terme, la période menstruelle paraît un facteur « important. L'époque où les règles devaient paraître semble coïn- « cider avec le moment où l'œuf est expulsé.

« Je ne puis cependant tirer que des déductions et non des conclu- « sions générales, d'un nombre aussi restreint de cas ».

Comme complément au Mémoire ci-dessus résumé, Engelmann rapporte quatre autres cas, publiés après l'impression de son travail.

IV. — (Cas rapporté par le Dr Sinkler, de Philadelphie). Une demoiselle, bien portante, âgée de 28 ans, céda le 20 août, à la passion de son fiancé, les règles finissaient. La honte qu'elle ressentit de sa faiblesse la fit s'éloigner de son amant; mais le mois suivant, l'absence des règles lui ayant prouvé que son imprudence l'avait rendue enceinte, elle se maria, et le 15 mai, après 280 jours de grossesse, elle accoucha d'une grosse fille. Le travail fut peut-être avancé par un accident, qui lui arriva le 16 mai, et qui fut suivi de l'écoulement des eaux (1).

V. — (Rapporté par le Do T. L. Papin, de Saint-Louis). Une demoiselle de 19 ans, très délicate se remettait à peine d'une pneumonie, lorsqu'elle se maria. Elle n'avait pas eu ses règles depuis dix-huit mois; mais comme elle paraissait avoir recouvré sa santé, elle les espérait bientôt. Elle se maria le 23 janvier, le coït étant fort douloureux, le mari crut par prudence, et pour ménager la santé de sa jeune femme, s'abstenir de nouveaux rapprochements. Elle ne vit point ses règles et elle accoucha, le 15 octobre, d'une fille bien développée.

VI. — (Dr Papin). Jeune femme de 21 ans, délicate; mais sans maladie utérine. Elle conçut peu après son mariage et avorta dans le troisième mois, au mois d'avril. Le 22 août suivant elle devint enceinte à la suite d'un seul coït, le premier qui eut lieu après la cessation de l'écoulement menstruel; le jour suivant, son mari partit et ne revint que deux semaines plus tard; il la trouva souffrante de vomissements; les règles ne reparurent pas, et le 12 mai, elle eut un gros garçon, 263 jours après le coït.

Tous ces cas se rapportent à des primipares; et le cas IV est le seul dans lequel l'œuf atteignit le térme de 280 jours, qui semble être en harmonie avec l'opinion généralement admise, qu'un premier enfant n'atteint pas le développement complet que lui donnerait la durée ordinaire de la grossesse.

Les termes extrêmes ont été 242 et 280 jours, la moyenne est donc 264, jours (1).

---

(1) En refaisant le calcul d'Engelmann, je ne trouve que 270 jours, même en comptant 29 jours en février (A.-C.).

(1) Cette moyenne se rapproche beaucoup de celle qu'indique Mattei (*l'Obstétrique*, t. II, p. 10). Mattei la fixe à 265 jours (A.-C.).

Dans *tous* les cas, la conception est due à un seul coït, de date connue ; dans tous, sauf dans le cas VI, c'était le premier.

Quoique cela puisse sembler un simple hasard, on peut remarquer que, lorsque l'imprégnation se fait immédiatement avant l'arrivée des règles, le fœtus a des chances pour être féminisé ; lorsque la conception résulte d'un coït pratiqué aussitôt après les règles, le produit a plus de chance pour être mâle. Cependant le cas IV ne va pas à l'appui de cette théorie.

J.-B. Swift (*Boston, Med. and Surg. Jour.*, 26 sept. 1878), croit que le sexe du produit est déterminé par le nombre des spermatozoaires qui pénètrent dans l'ovule. S'il y en a peu, comme cela arrive dans un coït pratiqué peu avant les menstrues, les animalcules ayant un long chemin à parcourir, l'élément féminin prédomine et donne son sexe à l'enfant ; lorsque les règles sont passées, l'ovule a descendu et est atteint par un plus grand nombre de spermatozoaires : le produit est mâle. Swift appuie sa théorie sur vingt expériences faites sur des animaux ; elles concluent toutes dans son sens.

Nestel (*Méd. Record*, 9 avril 1878), repousse cette théorie en disant qu'un spermatozoaire suffit pour féconder l'ovule et qu'un seul peut y pénétrer ; cependant la physiologie et l'anatomie comparée nous apprennent que, chez les animaux inférieurs, la fécondation exige plusieurs animalcules.

Le Dr J. A. Mudd (*Méd. Record*, 23 nov. 1878) affirme que ses 110 cas prouvent tout juste le contraire de la loi de Swift. D'accord avec les faits expérimentaux de Thury, de Genève (1).

Mudd affirme qu'une conception qui se fait peu *après* la menstruation donnera une femelle, et qu'un coït fécondant, pratiqué aussitôt avant, donnera un mâle, parce qu'il a trouvé que, lorsque la grossesse est prolongée, le produit est mâle, et *vice-versâ.*

Le Dr H. U. Upjohn (*Med. Record*, 7 déc. 1878), explique le même fait par l'existence des permatozaires, mâles et femelles, ceux-ci plus

(1) L'auteur a sans doute mal saisi la théorie de Thierry, car voici ce qu'i dit : *Loi de production des sexes*, février 1863, p. 13). « 1° Le sexe dépend du degré de maturation de l'œuf au moment où il est saisi par la fécondation; 3° ... il suffit que la fécondation ait lieu au commencement du rut pour qu'il en résulte des femelles, et à la fin pour qu'il en résulte des mâles, le *vire* ayant lieu *normalement* pendant la durée de son trajet dans le canal génital. » (A.-C.).

nombreux, les premiers plus vigoureux. Avant l'écoulement des règles, l'ovule qui est encore élevé, ne peut être atteint que par les mâles ; après les règles, tombé dans l'utérus, il est envahi par les animalcules femelles (*Centralblatt f. gyn.*, N° 1879 II).

Bidder (*Zeistch, f. Geb. and Gyn.* II), a réuni 11,871 cas. 4,441 primipares et 7,430 pluripares ; et il a trouvé que les mâles dominent parmi les enfants nés de mères âgées de 17 à 21 ans, leur nombre diminue entre 22 et 23 ans, atteint son minimum à 24 et 25 ans, puis augmente de nouveau avec l'âge de la mère. L'auteur attend pour se prononcer, de posséder des éléments plus nombreux.

A. Cordes.

Complications de l'ovariotomie : formation d'un abcès s'ouvrant dans l'intestin; par le Dr Milnes Moore (*Lancet*, 1880, p. 329, vol. I).

Dans le cas suivant, la convalescence fut retardée par une complication qui le retire de la catégorie de ceux que les ovariotomistes sont naturellement si satisfaits de décrire ainsi : « ovariotomie, guérison sans un mauvais symptôme, malade rétablie dans une quinzaine de jours. »

F. G..., âgée de seize ans, d'une complexion délicate, le teint pâle, mais non d'une mauvaise santé cependant, fut admise à l'hôpital avec une tumeur dans l'abdomen, le 10 mai 1879. Elle avait souffert dans le côté droit de l'abdomen depuis sept années, spécialement après « the exertion of pumping. »

Elle commença à être réglée à quatorze ans et les époques continuèrent à être régulières jusqu'en septembre 1878, après quoi il n'y eut aucune perte de sang jusqu'en août 1879. En même temps que la menstruation cessait, la malade remarque une enflure du ventre du côté droit.

Qnand elle fut admise on trouva une tumeur sphérique ferme, occupant la presque totalité de l'abdomen et poussée en avant, inclinant également en avant, et provenant évidemment du côté droit. Elle était très dure, la percussion sourde, n'était pas distinctement flottante et mobile ; elle transmettait les pulsations de l'aorte, qui produisaient un son semblable au murmure placentaire quand le stéthoscope était employé. L'os utérin ne pouvait être distingué que par le doigt, l'utérus étant comprimé contre le pubis, de façon que le cer-

vix pouvait à peine être défini. La mesure au nombril autour de l'abdomen était de trente-deux pouces.

Le 24 mai, une petite aiguille aspirante fut passée, et il s'échappa environ 80 onces de liquide glutineux de couleur foncée. Examiné au microscope, on trouva qu'il contenait de la cholestérine.

La jeune fille quitta l'hôpital et le kyste se remplit bientôt. Elle fut admise de nouveau le 20 août, ayant ses règles depuis quatre jours.

Le 28 août, l'ovariotomie fut pratiquée avec toutes les précautions antiseptiques. Après avoir employé le chloroforme, on fit une incision de trois pouces et demi de long. Un peu de sérum sanguin jaillit de la cavité péritonéale; le kyste provenait de l'ovaire droit, était fermement adhérent à un pli du petit intestin du côté droit et également profondément attaché dans le pelvis. A l'aide d'une faible traction, la dernière attache céda, mais celle du côté droit était apparemment une portion du pédicule lui-même, qui, étant si près de l'intestin, ne pouvait être tranché. Une aiguille enfilée fut passée et le pédicule noué en deux portions et ramené dans l'abdomen.

La malade se plaignit seulement de douleurs dans le dos et dans les épaules pendant quelques jours et, le dix-septième jour, de sensibilité à l'angle supérieur de l'incision.

Les sutures profondes furent alors enlevées et la supérieure fut trouvée « kinked. »

La température se maintenait à plus de 39° et, le quinzième jour, un gonflement douloureux fut constaté dans la région iliaque de droite. Le dix-huitième jour la température était de 40,5; alors quatre copieuses évacuations de pus se firent jour par le rectum; la tumeur de la région iliaque disparut, et la malade entra rapidement en convalescence.

Le kyste était uniloculaire et contenait une végétation osseuse inégale à sa partie la plus déclive.

Cette observation nous a paru digne d'être recueillie dans les annales de la science. Elle montre que l'ovariotomie, malgré les complications les plus redoutables, offre encore des chances sérieuses de guérison, et que le chirurgien ne doit jamais désespérer du succès.

A. Lutaud.

Observation d'accouchement quintigemellaire, par le Dr Volkmann. — L'auteur fut appelé près d'une femme âgée de 27 ans, qui avait déjà eu deux enfants vivants du sexe féminin.

Le travail avait commencé à 11 heures du matin, et à 9 h. 1/2 du soir la première poche d'eau perça. Immédiatement après, le premier enfant naissait, se présentant par le vertex. En faisant un examen *per vaginam*, on sentit que la seconde poche des eaux était très distendue. Elle perça à la douleur suivante, et le second enfant fut rapidement extrait, la tête la première. Le troisième naquit de la même façon; puis les douleurs se calmèrent pendant quelque temps; elles reparurent ensuite et le quatrième enfant vint comme les trois autres. Quelques minutes plus tard le cinquième venait en masse, avec son placenta et les poches d'eau non percées, puis venaient, bientôt après, deux autres placentas, l'un grand, l'autre petit. L'utérus se contracta spontanément, et il n'y eut pas d'hémorrhagie. Les enfants étaient tous bien conformés. Les quatre premiers étaient masculins : tous respiraient, mais n'ont vécu que quelques heures.

Le dernier, qui était un fille, a vécu le plus longtemps, c'est-à-dire 5 heures. Ils paraissaient tous avoir 6 mois et demi de vie intra-utérine. Les trois premiers étaient dans une seule poche et les trois placentas joints l'un à l'autre. Le quatrième et le cinquième enfant avaient chacun un placenta et un chorion séparés. La mère se rétablit sans qu'il soit survenu aucune complication (*American Journal*, janvier 1850).

Dr A. Lutaud.

Des corps étrangers du vagin, par les Drs Carter et Daly. — Les auteurs rapportent un cas dans lequel un corps étranger fut retenu pendant 4 ans dans le vagin d'une jeune fille de 17 ans. Elle avait passé un dévidoir dans le vagin pour arrêter l'écoulement du sang quand les règles apparurent pour la première fois. Depuis cette époque, elle souffrait d'un écoulement fétide, souvent sanieux. A l'examen, le dévidoir fut trouvé incrusté dans le tissu cicatriciel que l'on incisa largement afin d'arriver à l'extraction de l'objet. 2 ans plus tard, on pratiqua une opération à cause d'un mariage projeté, et le vagin fut trouvé contracté par les cicatrices. Peu de temps après cette femme devint enceinte, et elle accoucha au 8e mois, le vagin étant encore resserré. Il fallut inciser les bandes cicatricielles et appliquer

les forceps. L'enfant naquit vivant, mais mourut bientôt après. La seconde couche eut lieu à terme ; on incisa les bandes cicatricielles, la délivrance s'opéra naturellement, et l'enfant vit encore.

Le Dr Carter rapporte le fait suivant : La malade âgée de 20 ans, avait, deux ans auparavant, introduit une tasse de métal dans le vagin. Tout d'abord, elle éprouva de grandes douleurs et perdit un peu de sang, mais cela disparut bientôt, et sa santé redevint régulière. 6 mois après, l'urine commença à s'échapper goutte à goutte. L'objet fut enlevé. Il était couvert de dépôts phosphatiques ; une partie était dans la vessie, où le corps avait produit une ouverture de quatre centimètres de diamètre. (*Med. Times and Gazette*, février 1880).

Dr A. LUTAUD.

Les instruments de dilatation sont-ils nécessaires dans la pratique de la gynécologie, par le Dr Carl SCHRŒDER (*Centralblatt für Gynækologie*, 1879, n° 26).

Cette question fut posée par Carl Schœrder dans le n° 26, du *Centralblatt fur Gynækologie*, en réponse spéciale à un travail publié dans le n° 25 du même journal par Fritsch, qui se faisait l'avocat d'une rapide dilatation obtenue, sous l'influence du chloroforme, à l'aide de sondes d'acier graduellement augmentées de volume, au lieu d'éponges ou de tentes préparées. Schrœder va plus loin, et voudrait mettre de côté la dilatation dans tous les cas. — Il propose, dans la plupart des cas où la dilatation est ordinairement conseillée, de déplacer de l'intérieur de l'utérus, afin d'en permettre l'examen, une petite portion de la membrane muqueuse du col non dilaté, ce qui s'obtient au moyen d'une curette pointue munie d'un long manche flexible approprié à la circonstance. Si on le juge nécessaire, cette membrane muqueuse hypertrophiée peut être entièrement enlevée.

Dans les cas où il est réellement indispensable d'introduire le doigt dans la cavité de l'utérus, Shrœder propose de diviser sur les deux côtés et dans toute sa longueur la portion vaginale du cervix, et alors de passer le doigt à travers l'orifice interne, qui dans ces sortes de cas est ordinairement dilatable par une forte pression de l'index. Une contre-extension peut être obtenue, soit par la pression sur le fond de l'utérus, soit par traction sur le col avec une pince

aussitôt que l'opération indispensable de la cavité de l'utérus a été effectuée. Schrœder ferme au moyen de sutures les incisions faites dans la partie vaginale du col.

Nous sommes certainement de l'avis de Schrœder en ce qui concerne le bannissement de la dilatation du col utérin faite brusquement et à l'aide d'instruments ; mais nous pensons que le procédé de dilatation traumatique qu'il propose ne présente que de rares indications et qu'il faut, dans la grande majorité des cas, pratiquer la dilatation graduelle à l'aide de l'éponge préparée ou de la laminaire.

A. Lutaud.

De la quantité de globules rouges dans le sang des femmes enceintes, par le Dr Ingerslev, de Copenhague (*Centralblatt für Gynækologie*, 1880, et *Edinburgh med. journ.*, v. I. 1880, p. 754).

Après une courte revue historique des opinions d'Andral, de Gavarret, de Becquerel, de Nasse, de Spiegelberg et autres, l'auteur cite une série d'observations faites à l'aide des appareils de Hayem, sur le sang des femmes enceintes bien portantes, et sur celui de femmes qui n'étaient pas en état de grossesse.

Ces observations avaient pour but de prouver si les corpuscules rouges augmentaient ou diminuaient pendant la grossesse. Des observations ont été faites aussi sur le sang de jeunes hommes bien portants. Le sang de jeunes gens en bonne santé et d'autant de femmes n'étant pas enceintes fut soumis à l'examen.

Les conclusions suivantes sont celles du Dr Ingerslev, et sont basées sur ses propres observations.

On n'a pas établi que les corpuscules rouges du sang chez les femmes enceintes fussent bien moins abondants. Il est vrai toutefois que le nombre a été trouvé un peu moindre que dans le cas de non grossesse. La proportion était cependant à peine différente de celle que pourraient déterminer les nombreuses conditions externes elles-mêmes, sans pouvoir nous garantir que la grossesse en fût la cause réelle. Une diminution manifeste dans le nombre des corpuscules du sang, proportionnée au temps précédant la grossesse n'a pas été reconnue comme pouvant servir de règle. Autant que le nombre des corpuscules du sang, dans une quantité de sang donnée, peut nous servir de base pour constater une hydrémie, d'après ces données,

on doit dire que l'hydrémie n'est pas établie par la diminution de corpuscules remarquée chez les femmes enceintes, puisqu'elle peut provenir des conditions plus ou moins défavorable de l'existence.

A. LUTAUD.

De la pigmentation dans la grossesse, par le Dr MURPHY (*Obstetric Gazette of Cincinnati*, 1880).

L'observation suivante qui montre l'influence que peut avoir la pigmentation sur la marche de la grossesse nous paraît digne d'être rapportée.

Le Dr Murphy a observé, au sixième mois de la gestation, une jeune femme délicate, ayant des yeux gris clair, des cheveux blonds, le front proéminant, et des traits réguliers et une physionomie intelligente. Cette dame présentait des taches d'un brun foncé s'étendant de la racine des cheveux au front, et descendaient le long des joues.

La surface entière était d'une couleur olive foncée ressemblant à la couleur bronzée de la maladie d'Addison. Toutes les parties du corps examinées présentaient le même aspect général, et étaient parsemées de taches sombres, qui disparaissaient à intervalles irréguliers. La malade éprouvait des nausées, beaucoup de faiblesse, et l'on discuta la question de produire un accouchement prématuré.

Au huitième mois, un enfant vivant du sexe masculin vint au monde. Il ne pesait que deux livres.

Grâce aux soins dont il fut entouré, il survécut, et ne pesait que sept livres à l'âge de trois mois. La mère se remit très bien. Sa peau qui, avant sa grossesse, était belle, présentait encore des traces de pigment, et on pouvait clairement discerner les plaques foncées.

D'après le Dr Murphy, la pigmentation dépend de l'irritation du système nerveux sympathique, résultant du catarrhe intestinal, qui empêche l'assimilation et détermine une mauvaise nutrition.

A. LUTAUD.

Péritonite mortelle provenant d'une injection, d'une solution d'acétate de plomb dans le vagin, par le Dr BAUIN. — Le cas suivant paraît être en faveur de la possibilité qui est maintenant généralement contestée, qu'un fluide injecté dans le vagin atteigne la cavité abdominale à travers les tubes fallopiens.

Une femme, âgée de 22 ans, souffrait d'une forte attaque de leucorrhée. Il lui fut ordonné de se servir d'injections d'acétate de plomb. — Les injections avaient été répétées pendant 10 jours avec de bons résultats — le 11e jour, l'injection fut prise à la hâte à cause d'une interruption — la femme fut prise immédiatement de douleurs violentes dans le bas-ventre, elle devint d'une pâleur mortelle et tomba en syncope. Le médecin fut immédiatement appelé il trouva qne la malade présentait les symptômes d'une péritonite aiguë — la mort survint 72 heures après; l'autopsie révéla qu'outre les lésions ordinaires de la péritonite, il se trouvait sur la surface séreuse du grand intestin à travers l'hypogastre tout entier et même à la hauteur du nombril, un précipité de sulfure de plomb; le précipité présentait la forme de petits points ronds gris-noir et qui étaient dans quelques endroits très nombreux et très épais, tandis que dans d'autres ils étaient éparpillés et rares. (*Physician and pharmacest*, septembre 1880).

Dr A. Lutaud.

Diagnostic de la conception extra-utérine, par le Dr Goodell (*New-York medical Record*, VI, 1880.

L'observation suivante, qui montre les difficultés qui peuvent entourer le diagnostic de la conception extra-utérine, mérite d'être rapportée.

Le Dr Goodell avait passé une sonde de normale longueur dans ce qu'il croyait être l'utérus. D'autres signes encore joints à ceci l'amenèrent à considérer le cas comme appartenant à une conception extra-utérine. Un point seulement gênait son diagnostic : c'étaient les contractions musculaires qu'il pouvait sentir dans le présumé kyste extra-utérin. Il pense qu'il valait mieux attendre quelque jours avant de procéder à l'ouverture de l'abdomen et à l'extraction de l'enfant. La malade fut prise quatre jours après des douleurs de l'accouchement, et mit au monde, par les voies naturelles, un enfant vivant.

La matrice fut ensuite très soigneusement examinée, et on découvrit qu'il y avait un utérus bicorne. Dans l'une des cornes s'était développé l'œuf, et c'est dans l'autre que la sonde avait été passée.

A. Lutaud.

VARIÉTÉS

Sur les liquides ovariens normaux et accidentels. — *Leçon de M. le professeur* Ch. Robin, *recueillie par M.* G. Variot, *interne des hôpitaux, et revue par le professeur.*

Un examen rapide du liquide de l'ovisac contenu normalement dans les vésicules de de Graaf doit logiquement précéder l'étude des liquides se produisant actuellement dans l'ovaire en quantité parfois assez considérable pour justifier le nom d'hydropisie enkystée que l'on a pu donner à certains kystes ovariens.

Nous devons donc nous occuper d'abord de la composition, du mode de production et du rôle physiologique de l'humeur à laquelle de Blainville a donné le nom d'ovarine. A l'état normal, ce liquide est peu abondant; sa quantité est mesurée par le volume de la vésicule de Graaf, qui le renferme; peut-être pourrait-on utiliser, pour en faire une analyse plus complète que celles qui ont été faites jusqu'à présent, les ovisacs des grands mamfères.

Il est facile de constater, en incisant un ovisac, que le liquide qui s'en écoule est à peine visqueux, d'une couleur blanc-jaunâtre albumineuse, analogue à celle du sérum sanguin. Sa réaction est légèrement alcaline. Il renferme une petite portion de principe coagulable, que l'alcool, la chaleur et les acides, mettent en évidence.

En suspension dans ce liquide on trouve habituellement chez la femme des noyaux et des cellules épithéliales sphériques, dont quelques-unes sont devenues très granuleuses. Ces éléments se sont détachés de la couche épithéliale à laquelle de Barry a donné le nom de tunique ou de couche granuleuse, et qui enveloppe immédiatement l'ovule. Dans certaines espèces animales, chez les rongeurs en particulier, les cellules épithéliales tapissant le follicule de de Graaf ont une forme prismatique et sont quelquefois munies de cils; elles se retrouvent avec ces caractères dans le liquide.

Au reste, l'ovarine est de formation relativement tardive dans le follicule; l'ovule préexiste : il n'est d'abord enveloppé que par une rangée d'épithélium sphérique.

Au cours du développement, les couches épithéliales se multiplient

autour de l'ovule ; celles qui sont directement en contact avec lui donnent naissance par une sorte de secrétion à la zône pellucide ou membrane vitelline. L'enveloppe de l'œuf appartient aux éléments anatomiques non cellulaires, exocellulaires formés à l'aide et au dépens de principes immédiats fournis par les cellules épithéliales vosines. Par un phénomène de secrétion du même ordre se développe le liquide de l'ovisac; lors de sa formation, il écarte les couches épithéliales interposées entre la paroi même du follicule et l'ovule; il les dédouble en deux zônes : l'une tapissant la face interne du follicule, c'est la zône granuleuse; l'autre, plus spécialement en rapport avec l'ovule, forme le disque proligère. Cette humeur une fois constituée sert de milieu à l'ovule, comme l'eau sert de milieu à divers êtres, comme l'air forme le milieu complexe dans lequel nous vivons. C'est par son intermédiaire que l'ovule emprunte ou rejette les matériaux d'assimilation et de désassimilation qui lui sont nécessaires pendant la durée de son développement jusqu'à sa maturité. On peut admettre, avec de Blainville, que l'ovarine a pour usage de déterminer par une action toute mécanique (en augmentant de quantité) la rupture de la vésicule qui la renferme, afin de donner issue au germe suspendu dans l'humeur et de faciliter son introduction dans la trompe. Selon toute probabilité, ce fluide, après avoir humecté la trompe, tombe dans le péritoine; mais sa quantité est trop faible pour y déterminer un accident quelconque, du moins à l'état normal.

Les liquides ovariens qui peuvent se développer accidentellement doivent être divisés en deux groupes, correspondant le plus souvent chacun à une disposition anatomique particulière de la poche kystique qui les contient.

Dans un premier groupe se rangent les liquides toujours fluides, coulant facilement, mais parfois un peu filants, d'une consistance oléagineuse ou sirupeuse. Leur mode de production est analogue à celui de l'ovarine des follicules de de Graaf. Ils sont contenus en effet dans des kystes uniloculaires, en général, dont la face interne lisse est revêtue d'une couche discontinue d'épithélium pavimenteux.

Dans certains cas, à la suite d'hémorrhagies ou par le fait de la présence de saillies, de végétations rougeâtres à l'intérieur de la poche, l'épithélium peut avoir disparu. Ces kystes semblent résulter d'une dilatation des ovisacs, dont la paroi s'est hypertrophiée et en même temps plus ou moins modifiée. A ce premier groupe des liquides fluides doit être également rattachée l'humeur des kystes extra-

ovariens, attenant soit à l'une des franges du pavillon, soit à l'organe de Rosenmüller; dans le ligament large.

On doit placer dans un deuxième groupe des liquides, ou plutôt des substances visqueuses tenaces comme l'humeur vitrée s'étirant en longs filaments glutineux. Ces liquides sont fournis par des tumeurs kysteuses dites aréolaires ou multiloculaires.

Les recherches de Fox ont permis de comprendre d'une façon très satisfaisante le mode de développement de ces tumeurs. Cet auteur a montré que la production des cavités, souvent très multiplées des kystes arèolaires était dûe à un processus bien connu depuis les travaux de Valentin, de Pflüger et de Valdeyer; en d'autres termes par un retour de certaines, parties de l'ovaire à l'état embryonnaire. On voit de la paroi des vésicules, déjà devenues kystiques, se détacher un ou plusieurs bourgeons tubuleux (tubes de Pflüger), qui gagnent dans la substance de l'ovaire. Ces prolongements s'isolent de la vésicule originelle, s'accroissent ensuite individuellement, et peuvent donner naissance à de nouveaux bourgeons. Tous ces prolongements s'étranglent de distance en distance, de manière à former une suite de cavités closes dont l'agglomération constitue la masse du kyste aréolaire. La paroi très mince de ces kystes est ordinairement tapissée par un épithélium d'abord nucléaire qui devient ensuite prismatique. Très fréquemment ces cellules épithéliales sont chargées de granulations graisseuses ou sont creusées d'excavations, de vacuoles qui leur donnent un aspect caractéristique. Telles est l'origine et la nature de la paroi sécrétante.

Revenons sur les principaux caractères de ces deux sortes de liquides.

Parmi les liquides du premier groupe on en distingue une première variété étudiée par M. Papillon et qui est remarquable par la petite quantité de principes coagulables et cristallisables tenus en dissolution. Aussi ces liquides sont mobiles, sans viscosité, clairs, incolores, d'une densité très faible 1006 (Méhu). Leur réaction est neutre ou légèrement alcaline. Parfois ils sont un peu troublés par des sympexions qui ont de 5 à 10 centimètres de diamètre, avec contour net, assez régulièrement sphérique. Ces corps ont une consistance cireuse, s'écrasent facilement, ou éclatent d'espace en espace sur leur périphérie. Souvent ces liquides sont dépourvus de graisse, de fibrine et d'*albumine*, ou ils n'en contiennent qu'une petité quantité.

Dans le premier groupe correspondant aux kystes uniloculaires, nous trouvons une deuxième variété de liquides, plus ou moins filants, parfois de consistance oléagineuse ou sirupeuse, mais coulant encore facilement, moussant quand on les agite.

La coloration offerte par ces humeurs est assez différente suivant les cas; tantôt d'une teinte jaune citrine à la première ponction, elles peuvent devenir rougeâtres par le mélange des hématies lors d'une seconde évacuation du kyste. On peut en rencontrer de troubles, grisâtres ou bien encore d'un ton chocolat ou de café torréfié. Leur réaction est alcaline, leur densité varie entre 1009 et 1018.

Soit en suspension, soit mieux encore dans le dépôt de ces humeurs obtenu par le repos, on trouve ordinairement des cellules épithéliales presque toujours pavimenteuses comme celles qui tapissent la paroi du kyste; isolées, ces cellules prennent une forme sphérique et sont creusées habituellement de vacuoles qui les déforment et donnent à ces éléments l'aspect remarquable que nous avons indiqué. Des leucocytes d'apparence normale ou devenus granuleux coexistent en plus ou moins grand nombre. Signalons encore des gouttelettes de graisse et des cristaux de cholestérine qui déterminent une certaine opacité. Dans les humeurs présentant assez fréquemment une teinte brune, on distingue des hématies, qui n'étant plus en contact avec l'oxygène, sont devenues sphériques et framboisées. Lorsque les kystes sont plus anciens, le contenu est plus épais et d'une couleur de café torréfié dûe à la présence de grains d'hématosine agglomérés, la matière colorante se détruisant plus lentement que la matière azotée des globules rouges.

On conçoit que la composition chimique de ces divers liquides doit varier beaucoup; nous ne pouvons pas entrer dans tous les détails que le sujet comporte, nous nous bornerons seulement à quelques indications.

L'action de la chaleur et de l'acide acétique de l'alcool produit un précipité abondant comme dans la sérosité de l'ascite; ces moyens seront donc insuffisants pour distinguer les sérosités d'origine péritonéale et ovarique. Les principes coagulables ainsi obtenus seraient en grande partie formés d'un mélange de métalbumine et de paralbumine. Nous allons revenir sur ces deux substances.

Dans un tableau extrait d'un travail de Méhu, nous relevons, en abrégé, les résultats :

Densité	Résidu sec total	Matière albumineuse	Matières minérales anhydres
	p. 1000	p. 1000	p. 1000
1,014 à...	42 à....	84,7 à....	8,1 à....
1,020	59	51	8

Il nous reste à parler des liquides du 2e groupe fournis par des kystes multiloculaires.

Ils sont en général incolores ou grisâtres, tenaces et visqueux, semblables à du mucus demi-concret; aussi n'est-il pas rare que leur écoulement par le trocart soit difficile lors de la ponction. Suivant la remarque de M. Méhu, on peut parfois soulever la masse entière avant qu'elle s'effile. Sous le microscope, cette matière offre l'état strié du mucus demi-solide; elle est parsemée de plaques grisâtres et de granulations; enfin, elle contient des cellules épithéliales, prismatiques ou pavimenteuses, souvent creusées d'escavations ou chargées de granules graisseuses.

Méhu a constaté que cette matière visqueuse avait une densité de 1,024 à 1,030 et fournissait un résidu sec total variant de 89 à 110 p. 1000 parties de liquide.

Les principes coagulables, très abondants dans ce résidu fixe, sont formés de deux matières albuminoïdes, comme nous l'avons déjà énoncé plus haut : la métalbumine et la paralbumine. C'est à cette dernière que les liquides de ce groupe sont redevables de leur viscosité spéciale.

Nous ne pouvons mieux faire que d'emprunter à M. Méhu les caractères communs et les caractères distinctifs de ces deux substances.

Précipitées par la chaleur et l'acide acétique ou par l'addition de quatre fois le volume d'alcool, la paralbumine et la métalbumine séparées par filtration et séchées, sont susceptibles de se redissoudre dans l'eau pure, ce qui n'arrive pas avec l'albumine de l'œuf ou du sérum. Ce caractère leur est commun avec la mucine, mais celle-ci est précipitée par simple addition d'acide acétique.

D'autre part, le sulfate de magnésie précipite la métalbumine et ne précipite pas la paralbumine.

La paralbumine donne une solution visqueuse qui se laisse étirer en longs filaments; la métalbumine donne une solution oléagineuse. La métalbumine des kystes ovariens est identique avec l'hydropisine

(Robin), qu'on retrouve dans quelques sérosités de l'ascite. La séparation de la paralbumine et de la métalbumine ne paraît pas avoir été effectuée d'une manière complète ; nous n'en condaissons pas exactement les proportions relatives. Un dosage précis des sels d'origine minérale et des principes d'origine organique, cristallisables, reste également à faire. En épuisant par l'éther le résidu sec de l'évaporation de ces kystes, M. Méhu est parvenu à en extraire une petite quantité de matières grasses. (*Gazette médicale de Paris*)

G. VARIOT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

(GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE)

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

Dysmenorrhea its pathology and treatment, par le Dr HEYWOOD SMITH. — Éditeurs, J. et A. Churchill New Burlington Street, London, 1881.

Les eaux thermales de Brides-les-Bains et de Salins-Moutiers, par le Dr LAISSUS. — J.-B. Baillière, éditeur. Paris, 1881.

Posrodkowe Zeszgcie pochwy, par le Dr LUDWITZ NEUGEBAUER. Varsovie 1880.

La primà completa estirpazione dell' utero attraverso la vagina, par le Dr BOMPIANI. (Extrait de la *Gazette médicale de Rome*, VIIe année, no 6, 1881.)

La irrigazione intra uterina continuà nella endometrite settica, par le Dr ARTURO BOMPIANI. Milan, 1881.

Notice sur les bains salins de Bex, par le Dr EXCHAQUET. Lausanne, Georges Bridel, éditeur, 1881.

Le gérant : A. LEBLOND

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME XV

Janvier à Juin 1881.

A

Absence congénitale d'une portion du diaphragme, 267.
Accouchement (Application de l'électricité aux —), 327.
— (Des fibromes utérins au point de vue de la grossesse et de l'—), 222.
— (De la création de services d'— dans les hôpitaux), 154.
Accouchement quintigémellaire, 462.
Adénite périutérine, 241.
Albuminurie chez la femme enceinte, 220.
APOSTOLI, 327.

B

BARTHELEMY, 450.
Bassin (Etude sur la descente dans les bassins normaux), 206.
— (De l'influence des déviations de la colonne vertébrale sur la conformation du —), 224.
— (Le — généralement et régulièrement rétréci), 226.
BAUDL, 398.
BERTHAUT, 375.
Biberon (Altération du lait dans les —), 444.
Bibliographie, 77, 216, 297, 384, 450.
BLOCH, 216.
BONNES (De Nîmes), 71.
BUDIN, 301.
BYRNE, 152.

C

Cancer (Statistique de 250 cas de — du sein), 396.
CAUVY, 147.
Col (Epilepsie causée par des érosions du —), 453.
— Lacération du — de l'utérus, 408.
— (Considérations sur le traitement des ulcères diathésiques du —), 114.
— utérin hors l'état de grossesse, 398.
Conception (Moment de la — et durée de la grossesse), 455.
— extra-utérine (Diagnostic de la —), 466.
Cordon (Double insertion vélamenteuse du — dans un cas de grossesse gémellaire. Causes de l'insertion vélamenteuse), 161.
— ombilicaux (Mort de deux petits fœtus déterminée par un nœud des —), 66.
— ombilical (Nœuds du —), 142.
COURTY, 241.
Craniotome trépan, 383.

D

Déviations de la colonne vertébrale, 224.
Dilatation (Les instruments de — sont-ils nécessaires dans la pratique de la gynécologie), 463.
— de l'urèthre, 213.
DUCHAMP, 306.
DUMAS, 220.
Dysménorrhée membraneuse (Contribution à l'étude de la —), 355.
— membraneuse (Pathologie et traitement de la —), 397.

E

Eau froide, ses propriétés et son emploi, principalement dans l'état nerveux, 216.
Electricité (Sur une nouvelle application de l'— aux accouchements, 327.
ENGELMAN, 153, 384, 391, 453, 455.
Enseignement clinique obstétrical à la Faculté de médecine de Paris, 431.
Epilepsie (Note sur un cas d' - d'origine utérine), 402.
— causée par des érosions du col, 453.
ESTLANDER, 45, 180.
Extirpation de l'utérus gravide, 130.

F

Femmes enceintes (De la quantité des globules rouges dans le sang des —), 464.
Fœtus (Mort de deux — déterminée par un nœud des cordons ombilicaux), 66.
— (Putrescibilité du — dans la cavité intra-utérine), 142.
Fibrome (Des — utérins au point de vue de la grossesse et de l'accouchement), 222.
Fibro-sarcome de l'utérus, 152.
FOREST, 308.
FOURCAULD (De), 114.
FOURNIER (Alfred), 77.

G

GAILLARD-THOMAS, 408.
GALEZOWSKI, 174.
Gangrène des tumeurs ovariques par torsion du pédicule et de son traitement par l'ovariotomie immédiate, 148.
Glande vulvo-vaginale (Histologie de la —), 295.
Gastrotomie (Observation de — dans un cas de grossesse extra-utérine, 231.
GAULARD, 219.
GODIN, 159.
GOODELL. 466,
Grossesse, 147.
— (De la pigmentation dans la —), 465.
— (Des fibromes utérins au point de vue de la — et de l'accouchement), 222.
— (De l'influence de la — sur la tuberculose), 219.
— intra-utérine, 199.
— extra-utérine (Observation de gastrotomie dans un cas de —), 231.
— gémellaire (Double insertion vélamenteuse du cordon dans un cas de —; causes de l'insertion vélamenteuse), 161.
— (Hémorrhagie des organes génitaux pendant la —), 228.
— (Influence réciproque de la — et des maladies du cœur), 303.
— (Varices pendant la —), 275, 338.
GRUENWALD, 229.
GUENIOT, 66.
GUICHARD, 199.
Gynécologie (Notes sur quelques voyages à l'étranger au point de vue de l'obstétrique et de la —), 81.

H

Hémorrhagies (De l'emploi de la teinture d'iode dans le traitement des — post partum), 308.
— des organes génitaux pendant la grossesse et la parturition, 228.
—(Traitement de l'— post-puerpérale), 153.
HIRIGOYEN, 224.
HUE (Jude), 1.
Hydrocéphalie diagnostiquée pendant la grossesse, 375.

I

Infanticide (De l'— au point de vue de la responsabilité morale), 29.
Inauguration de la nouvelle clinique d'accouchements et de gynécologie de la Faculté de médecine, 399.
Index bibliographique, 80, 240, 472.
Intra-utérine (Médication —), 74.

K

Kyste multiloculaire de l'ovaire droit.

Ovariotomie, phénomènes thoraciques graves ; guérison, 134.
— de l'ovaire (Torsion du pédicule d'un —), 448.

L

LABAT, 37.
Lacération du col de l'utérus, 408.
Lait (Sur une anomalie de composition d'un — de femme), 157.
— (Altération du — dans les biberons), 444.
Laudanum (Empoisonnement par le — chez les enfants), 446.
LAWSON TAIT, 148, 231.
Le forceps, ses indications et son application, 391.
LEFOUR, 222.
LUSK, 226.

M

MACAU, 228.
Mariage et syphilis, 77.
Menstruation, 295.
Médication intra-utérine, 74.
MOORE, 460.
MOREAU (de Tours), 29.
MUNDÉ, 151.
Muqueuse interne (Recherches sur la — pendant la menstruation), 295.
— rectale (de l'examen extérieur de la — à l'aide du retournement), 321.
MURPHY, 465.

N

NOEGGERATH, 307.
Nœuds du cordon ombilical, putrescibilité du fœtus dans la cavité utérine, 142.
Nouveau-né (des hemorrhagies chez le —), 297.
— (Des moyens de conjurer les dangers d'ophthalmie purulente des —), 174.

O

Obstétrique (Note sur quelques voyages à l'étranger au point de vue de l'— et de la gynécologie, 81.
OLDEKOP. 396.
Opération de Battey, 384.
— d'Emmet, 408.
Ophthalmie purulente des nouveau-nés, 174.
Ovaires (Prolapsus des —), 151.
— (Sur les liquides ovariens normaux et accidentels), 467.
— (Torsion du pédicule d'un kyste de l'—), 448.
Ovariotomie, 134, 148, 447.
— (Complications de l'—), 460.
— (Contribution à l'étude de l'—), 1.
— (Nouveau procédé opératoire pour pratiquer l'—) 307.
— pour un kyste uniloculaire ayant renfermé 48 litres de liquide ; pédicule perdu; pansement de Lister, 71.
— (trois — avec succès), 227.

P

PAGGI, 355.
PAJOT, 206, 422.
PARROT, 232, 422.
Pédicule (Torsion du — dans les tumeurs ovariques), 148.
PINARD, 431.
POLAILLON, 71, 267.
PORAK, 303.
POUCHON, 227.
Prolapsus des ovaires, 151.
Puerpéral (Sur la thérapeutique intra-utérine dans l'état —), 229.

Q

QUEIREL, 275.

R

Rachitis et syphilis héréditaire, 422.
REIN, 130.
RENDU (Joany), 81.
Rétention d'urine survenue au troisième mois de la grossesse ; rétrocession utérine, 147.
Rétroversion utérine, 147.
Revue clinique, 37. 134, 199, 375, 437.
Revue critique, 206.
Revue de la presse, 45, 180, 422.
ROBIN (Charles), 467.
RIBEMONT, 297.

S

SABATIER, 206.
SCHRŒDER, 463.
Sein (Cancer du —), 396.
— (Étude clinique sur les tumeurs malignes du — chez la femme), 45, 180.
SIMONIN, 213.
SINETY (de), 295.
Sociétés savantes, 66, 142, 213, 295, 383, 444.
Speculum, 446.

Syphilis héréditaire et le rachitis, 232, 422.
— et mariage, 77.

T

TARNIER, 321.
Teinture d'iode dans le traitement des hémorrhagies post partum, 308.
TERRILLON, 316, 402.
THEVENOT, 161.
Travail (Note sur la version par manœuvres externes pendant le —). 37.
Travaux originaux, 1, 81, 161, 241, 321, 402.
Tuberculose, 219.
Tumeurs ovariques, 148.
Urèthre (Faits récents de dilatation du canal de l'— chez la femme), 213.

U

Utérus (Fibro-sarcome de l'—), 152.
— gravide (Sur la méthode opératoire de l'extirpation de l'—), 114.
— (Sarcome de l'—), 437.

V

Vaccination (La — obligatoire à l'Académie de médecine), 309.
Vaccine, 380.
Vagin (Péritonite mortelle provenant d'une injection de solution d'acétate de plomb dans le —), 465.
— (Corps étrangers du —), 462.
Vaginite, 316.
VAN DEN BOSCH, 134.
Varices chez la femme enceinte, 301.
— pendant la grossesse et l'accouchement, 275, 338.
Variétés, 154, 232, 309, 399, 467.
Variole (Recherches sur la —), 450.
Version (Note sur la — par manœuvres externes pendant le travail, 37.

W

Villosités (Altération des — choriales), 306.
WHITE, 74.
WILLIAMS, 397.
WITKOWSKI, 383.
WOOLKMANN, 462.

PARIS. — TYPOGRAPHIE A. PARENT
A. DAVY, Success^r, imp. de la Fac. de méd., r. M.-le-Prince, 31.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME XVI

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris....................	18 francs.
Pour les départements...........	20 —
Pour l'Europe..................	22 —
Pour les États-Unis d'Amérique....	23 —
Pour les autres parties du monde.	25 —

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie H. LAUWEREYNS, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr LEBLOND, 9, rue de Mulhouse, pour la partie gynécologique; à M. le Dr PINARD, 26, rue Cambon, pour la partie obstétricale; ou à M. H. LAUWEREYNS, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

(MALADIES DES FEMMES, ACCOUCHEMENTS)

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT, COURTY, T. GALLARD

Rédacteurs

A. LEBLOND ET A. PINARD

TOME XVI

Contenant des travaux de MM.

Bar, Barnes, Barthélemy, Dubrisay, Fischel, Gallard, Grassi, Guéniot, Harris, Helot, Leblond, Lizé, Morisani, Mundé, Olivier, Phelippeaux, Puech, Wasseige, Wells, Wing.

1881

(2e SEMESTRE)

PARIS

H. LAUWEREYNS, LIBRAIRE-ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1881

PRINCIPAUX COLLABORATEURS

BARNES (Fancourt), médecin de la Maternité de Londres.
BERGERON (G.), prof. à la Faculté de Lille.
BOISSARIE, ex-interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'hôpital de Sarlat.
BOUCHARD (Ch.), prof. à la Fac. de méd. de Paris, médecin des hôpitaux.
BOUCHUT, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.
BOURDON, membre de l'Académie de médecine.
BOZEMAN, chirurgien en chef de Women's hospital de New-York.
BROUARDEL, prof. à la Faculté de méd., médecin des hôpitaux.
BURDEL, médecin de l'hôpital de Vierzon.
CHARRIER, ancien chef de clinique d'accouchements à la Faculté de Paris.
CLOSMADEUC, chir. en chef de l'hôp. de Vannes.
CORDES (de Genève), prof. libre d'accouchem.
COURTY, prof. de clin. chirurg. à la Fac. de Montpellier.
DELORE, ex-chir. en chef de la Charité de Lyon.
DESNOS, médecin de l'hôpital de la Charité.
DESORMEAUX, chirurgien des hôpitaux.
DEVILLIERS, membre de l'Académie de médec.
DUGUET, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin des hôpitaux.
DUMAS, profes. d'acc. à la Faculté de méd. de Montpellier.
DUMONTPALLIER, médecin des hôpitaux.
DUMESNIL, prof. à l'école de méd. de Rouen, chirurgien des hôpitaux de Rouen.
FAYE, prof d'acc. à l'Université de Christiania.
FERÉOL, médecin des hôpitaux.
FERRAND, médecin des hôpitaux.
FOURNIER (Alfred), prof. à la Faculté de médecine, médecin de l'hôp. St-Louis.
GALLARD, médecin de l'Hôtel Dieu de Paris.
GAUTRELET, prof. d'acc. à l'éc. de méd. Dijon.
GILLETTE, chir. des hôp. de Paris, ex-prosect. à la Fac. de méd. de Paris.
GOMBAULT, medecin de l'hôpital Beaujon.
GRYNFELTT, prof. agrégé à la Fac. de médecine de Montpellier.
GUÉRIN (Alphonse), chirurgien des hôpitaux.
GUÉRINEAU, prof. à l'école de méd. de Poitiers.
HARDY (A.), prof. à la Fac. de médec., membre de l'Ac. de méd.
HERRGOTT, prof. à la Faculté de méd. de Nancy.
HERRGOTT (Alphonse), prof. agrégé à la Fac. de méd. de Nancy.
HEURTAUX, profes. à l'école de méd. de Nantes.
HUE (Jude), de Rouen.
JACQUET, ex-chef de clinique à l'école de méd. de Lyon.
LABAT, prof. d'acc. à l'éc. de méd. de Bordeaux.
LABBÉ (Édouard), médecin de la Maison municipale de santé.
LABBÉ (Léon), prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien de l'hôpital Lariboisière.
LARCHER (O.), anc. interne des hôp. de Paris.
LE FORT, prof. à la Fac. de méd. de Paris, chirurg. de l'hôp. Beaujon.
LEBLOND, médecin adjoint de Saint-Lazare.
LIZÉ, ex chir. en chef de la Matern. du Mans.
LUTAUD, médecin adjoint de Saint-Lazare.
MARTIN (A.), médecin adjoint de Saint-Lazare.
MARTIN (Édouard), ancien interne des hôpitaux de Paris.
NIVET, prof. d'acc. à l'école de médecine de Clermont-Ferrand.
ONIMUS, membre de la Soc. de biologie.
PAJOT, prof. d'acc. à la Fac. de méd. de Paris.
PARISOT, prof. adjoint à la Faculté de méd. de Nancy.
PENARD, ex-prof. d'accouchements à l'école de méd. de Rochefort.
PETER (M.), prof. à la Faculté de médecine, médecin des hopitaux.
PINARD, prof. agr. à la Fac. de méd. de Paris.
PILAT, prof. d'acc. à l'école de méd. de Lille.
POLAILLON, prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien-adjoint de la Maternité.
POUCHET (Georges), memb. de la Soc. de biolog.
POZZI, prof. agrégé à la Faculté de médecine.
PUECH (Albert), méd. de l'Hôtel-Dieu de Nîmes.
REY, prof. d'acc. à l'école de méd. de Grenoble.
RICHET, prof. à la Fac. de méd., membre de l'Acad. de méd., chirurg. de l'Hôtel-Dieu.
SAINT-GERMAIN (de), chirurg. de l'hôpital des Enfants-Malades.
SIREDEY, médecin de l'hôp. Lariboisière.
SLAVJANSKY, prof. d'accouch. à l'Acad. médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg.
TARNIER, prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien des hôpitaux.
TAYLOR (Robert), de New-York.
TILLAUX, profes. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien des hop., directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.
TRÉLAT (Ulysse), prof. à la Fac. de méd., membre de l'Ac. de méd., chir. de l'hôp. Necker.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Juillet 1881.

TRAVAUX ORIGINAUX

ESSAIS PRATIQUES
DU DERNIER MODÈLE DU FORCEPS TARNIER.

Par Ad. Wasseige.
Professeur de clinique obstétricale à l'Université de Liége.

Nous avons soumis à la Société de chirurgie de Paris, il y aura bientôt deux ans, un travail intitulé : *Essai pratique et appréciation du forceps du Dr Tarnier*, professeur à la Maternité de Paris, publié en 1879 dans les Annales de la Société médico-chirurgicale de Liége. Nous y disions que, séduit dès le premier abord par l'idée qui avait présidé à la conception de cette nouvelle forme du forceps et par les avantages qu'il semblait promettre, nous avions de suite, sans attendre l'expéri-

mentation sur le vivant, adressé nos félicitations à notre excellent collègue, M. le D[r] Tarnier.

Après avoir analysé les modifications apportées au forceps, et en avoir fait ressortir la valeur théorique, nous avions toutefois fait remarquer que l'on pouvait s'en passer, à la condition de suivre certaines règles dans l'extraction de la tête avec le forceps ordinaire.

Nous avons ensuite reconnu les difficultés d'application du nouvel instrument occasionnées par la courbure périnéale des manches de préhension, et, sous ce rapport, on ne doit pas se dissimuler que c'est moins l'extraction de la tête saisie par le forceps qui est difficile que l'application du forceps lui-même sur la tête.

Nous avons rapporté une série de six observations qui toutes n'avaient pas été favorables à l'instrument.

Enfin nous avons conclu que : « En résumé aucune des mo-
« difications proposées n'est absolument nécessaire; toutes
« compliquent un instrument admirable par sa simplicité et la
« facilité de son application. Il faut renoncer pratiquement au
« forceps du professeur Tarnier, malgré les avantages qu'il
« paraissait présenter. »

Dernièrement, au retour d'un voyage en Allemagne, M. le professeur Tarnier, accompagné de M. l'agrégé Chantreuil, a bien voulu nous honorer d'une visite.

Il nous a gracieusement offert le dernier modèle de son forceps, afin de nous mettre à même de l'essayer à la première occasion, et il a manifesté le désir d'être tenu au courant de nos essais.

C'est pour accomplir la promesse que nous lui avons faite de lui communiquer nos observations en les publiant, que nous avons rédigé cette note avec l'indépendance de l'homme de science dont les opinions doivent nécessairement suivre les progrès scientifiques.

Le forceps qui nous a été remis par le professeur Tarnier diffère complètement de ses autres instruments. Il n'y a plus de courbure périnéale; c'est en somme un forceps Dubois très

solide, dont les manches sont reliés par une vis de pression destinée à serrer les cuillers sur la tête, et auquel on a adapté les branches de traction qui agissent le plus près possible du centre de figure de la tête.

Ces branches de traction sont disposées comme dans l'avant-dernier modèle de l'instrument, c'est-à-dire qu'elles sont retenues sur le côté de chaque branche de préhension. Après l'application de l'instrument, elles sont facilement détachées et réunies à un manche commun, courbé à angle droit, ouvert en bas et muni d'une poignée transversale mobile en tous sens.

Le progrès réalisé par cette dernière conception de notre honoré collègue est donc considérable, puisque les difficultés d'application sont supprimées.

Nous allons d'abord rapporter quatre observations tirées de notre clinique obstétricale et rédigées par M. le Dr Vanden Bosch, assistant à la clinique obstétricale de l'université de Liége.

Observation I. — C.. A..., pluripare, âgée de 24 ans, célibataire, ménagère, demeurant à Herstal, se présente à la clinique obstétricale de l'Université de Liége le 3 novembre 1880, à 11 heures du matin.

Elle est de petite taille, de constitution faible, d'un tempérament très lymphatique. Ses membres inférieurs ne présentent pas d'incurvation. Elle a commencé à marcher à l'âge de 9 mois.

Comme antécédents morbides, il y a à noter une variole à l'âge de 8 ans.

La grossesse actuelle est la troisième. Les deux premières n'ont rien présenté de particulier, si ce n'est quelques troubles digestifs caractérisés surtout par de l'inappétence. Elles se sont terminées à terme naturellement, mais après un travail très long. Les couches furent bonnes, mais les enfants vécurent seulement quelques heures.

Les menstrues, établies à l'âge de 12 ans, ont été régulières, faciles, peu abondantes et en généra d'une durée de deux jours seulement jusqu'à sa deuxième grossesse. Depuis lors elles n'ont plus reparu. Le dernier accouchement a eu lieu il y a vingt-deux mois.

La grossesse actuelle a été marquée par quelques toubles de la digestion avec vomissements.

Les mouvements actifs du fœtus se sont manifestés il y a cinq mois environ.

L'abdomen est d'ailleurs développé, comme il l'est chez une femme au terme de la grossesse. Il est un peu incliné en avant, et présente de nombreuses vergetures surtout anciennes.

L'utérus est dévié à droite, le fond arrive dans le haut de la région épigastrique.

Les douleurs qui ont commencé la veille à 9 heures du soir, et ont amené la déchirure de la poche des eaux à 10 heures, sont tellement fortes et longues au moment où nous voyons la femme, que les contractions de l'utérus sont comme spasmodiques.

Cet état rend l'organe très sensible et empêche l'exploration externe de donner ses bons résultats habituels.

On peut cependant reconnaître la tête du fœtus fixée au détroit supérieur, son dos semble être à gauche ; il paraît volumineux.

Les bruits du cœur s'entendent avec leur maximum d'intensité. mais moins bien que d'ordinaire à gauche ; au même point existe un souffle isochrone avec les battements du cœur de la parturiente.

Le toucher aussi est pénible pour elle, surtout quand on atteint la lèvre antérieure du col. Nous trouvons la vulve et le vagin dans leur état normal, le col assez élevé, pas effacé, mais court, très mou. L'orifice externe offre une dilatation comparable à la grandeur d'une pièce de deux francs. On sent la suture sagittale dans une direction à peu près transversale ; on atteint difficilement, à droite du bassin, une fontanelle que l'on ne peut reconnaître avec certitude. La tête fixée au détroit supérieur est déformée, elle est un peu aplatie d'arrière en avant, le pariétal droit qui se trouve en avant chevauche fortement sur le pariétal gauche qui est poussé contre le promontoire situé sur la ligne médiane et accessible au doigt. Le diamètre sacro-pubien, mesuré par le toucher, n'a que 8 centimètres 1/2. Il résulte de l'examen que nous sommes en présence d'une présentation de la tête peu fléchie, en O.I.G. variété T.

La femme est très agitée, elle souffre beaucoup. Les douleurs, qui ne lui ont laissé aucun repos depuis quinze heures, commençent à l'épuiser.

Nous lui faisons prendre un bain de siège d'une heure, autant

pour remédier à la contracture spasmodique du viscère que pour hâter la dilatation du col.

Vers 2 heures 1/2, le col est plus ouvert, mais surtout très dilatable. Les douleurs sont encore très intenses et continues, le facies de la femme annnonce la fatigue, l'épuisement; les bruits du cœur du fœtus sont un peu plus sourds que le matin; de plus, la tête de l'enfant ne descend pas.

Nous sommes persuadé que l'accouchement ne se terminera que tard et certainement pas sans préjudice pour l'enfant ou la femme, ou peut-être pour les deux. Aussi le col étant assez perméable pour admettre l'introduction du forceps, nous croyons prudent d'intervenir activement par une application de cet instrument. Nous prenons le forceps Tarnier dernier modèle.

La femme étant placée dans la position obstétricale et chloroformée au moyen de l'appareil de Juncker, l'application est faite à deux mains aux deux extrémités du diamètre oblique droit du bassin sans rien présenter de particulier. Le dégagement des branches de traction et leur articulation avec le manche commun sont faciles.

Des tractions assez fortes sont nécessaires pour faire descendre la tête. Un petit mouvement de ressaut accompagné d'un craquement indique que le détroit supérieur est dépassé. Dès lors la descente de la tête s'opère plus facilement. Nous devons soutenir la lèvre antérieure du col qui coiffe le crâne et est entraînée avec lui.

L'on voit les manches du forceps se relever petit à petit et la courbure pelvienne des cuillers se tourner en avant et à droite, et enfin tout à fait vers la droite, lorsque la tête se trouve sur le plancher périnéal. Ce mouvement de rotation exagéré de l'instrument amène la convexité de la cuiller gauche exactement sous la symphyse pubienne, ce qui met un peu obstacle au dégagement convenable de l'extrémité occipitale. Cette difficulté est due à ce que la tête a été saisie à peu près suivant le diamètre occipito-frontal; on sent l'occiput sous la cuiller gauche, la tête aura suivi un peu la branche droite lorsque celle-ci a subi le mouvement de spirale de Mme Lachapelle.

Si l'on avait appliqué un forceps ordinaire ou si l'on avait saisi les manches de préhension pour diriger les tractions, on aurait certainement pu terminer plus vite et éviter une compression un peu longue des parties molles antérieures.

Mais nous avons voulu faire donner au forceps Tarnier tout ce qu'il pouvait donner; l'instrument a d'ailleurs parfaitement fonctionné

et cette fois la pratique a répondu d'une manière satisfaisante à la théorie.

La tête étant sortie, les épaules se dégagent à peu près transversalement et l'accouchement se termine par l'expulsion d'une fille qui crie bientôt.

Le cordon n'est lié et coupé que lorsqu'on ne sent plus de battements.

Délivrance par expression utérine ; un quart d'heure après la délivrance, injection intra-utérine, au moyen de la sonde de Stoltz, d'eau phéniquée à 1 0/0.

Le poids de l'enfant est de 3,850 grammes, sa longueur de 49 centimètres.

Principaux diamètres de la tête :

Bipariétal	9	centimètres	3/4.
Bitemporal	9	—	
Bimastoïdien	7	—	
Occipito-mentonnier	13	—	
Occipito-frontal	11	—	3/4.
Occipito-bregmatique	9	—	1/2.
Mento-bregmatique	11	—	1/2.

La tête porte sur la bosse frontale droite deux petites coupures produites par les jumelles de la cuiller droite.

Suite des couches. — La température qui était de 37,1 avant l'accouchement est de 37,9 immédiatement après. Le pouls est monté de 82 à 88. On fait comme pour toutes nos accouchées des injections vaginales tièdes à 2 0/0 d'acide phénique deux fois par jour, et on place entre les grandes lèvres un plumasseau de charpie imbibé de la même solution, qu'on renouvelle 3 fois par jour.

Pendant les suites de couches qui, sous le rapport des phénomènes puerpéraux, ont été tout à fait normales, la femme a souffert, à partir du deuxième jour, de douleurs assez vives à la région hypogastrique, vers les pubis et dans les aines, douleurs augmentées par la pression, présentant des exacerbations et s'irradiant dans le membre inférieur gauche, où elles étaient alors accompagnées de fourmillements en suivant le trajet du nerf crural. Ces phénomènes doivent, sans aucun doute, être attribués à la compression produite par l'application du forceps.

Des pommades belladonées et opiacées et un bandage ouaté ont

amené une sédation assez rapide, et le 24 novembre O... A... et son enfant ont quitté la Maternité très bien portants.

OBSERVATION II. — B... L..., 19 ans, célibataire, née à Verviers, domiciliée à Liége, rue Grande-Bêche 3, constitution assez robuste, se présente à la clinique de l'Université de Liége le 11 janvier 1881, à 8 heures du matin.

Il n'y a rien à noter du côté du squelette qui est normal. La menstruation s'est établie à l'âge de 18 ans. Elle n'a vu ses règles que 3 fois, la dernière en mai 1880 ; elles étaient ordinairement abondantes, duraient quatre à cinq jours, et étaient accompagnées d'une douleur assez vive dans la région hypogastrique.

Elle est enceinte pour la première fois. D'après les renseignements qu'elle nous donne et les signes recueillis par les moyens ordinaires, elle est à terme. A partir du troisième mois de sa grossesse, cette femme a éprouvé des dérangements digestifs, avec vomissements très fréquents. Ce phénomène s'est dissipé insensiblement et vers le sixième mois il a tout à fait disparu. Depuis cette époque jusqu'à ce jour, la patiente nous renseigne une douleur dans la région utérine parfois assez considérable s'irradiant dans les reins.

Les mouvements actifs se sont fait sentir à 5 mois et ont toujours siégé en haut et à droite.

Les douleurs préparantes ont débuté le 10 janvier, à 4 heures de l'après-midi ; d'abord peu considérables, elles ont augmenté d'énergie, si bien que la patiente a passé une nuit agitée par l'insomnie et la souffrance.

Urines. — Densité 1015 ; coloration normale ; pas d'albumine.

Seins. — Durs et peu volumineux.

L'abdomen est très développé, un peu projeté en avant ; parois épaisses et tendues ; ligne brune assez marquée.

On constata, immédiatement au-dessus de l'ombilic, un peu à gauche, une petite tumeur de 2 cent. de diamètre, de forme circulaire, faisant une saillie très visible, qui s'accentue et devient très proéminente pendant les contractions utérines : ce n'est autre chose qu'une hernie de l'épiploon à travers une légère éraillure de la ligne blanche.

On constate des vergetures peu nombreuses, récentes, de couleur brunâtre aux points les plus déclives des parois latérales de l'abdomen.

L'utérus arrive jusqu'à la région épigastrique à cinq travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; il est dévié à droite.

Les contractions utérines, extrêmement violentes et très suivies, sont fort douloureuses et arrachent des cris continuels à la parturiente, qui se démène beaucoup et veut à chaque instant quitter le lit de travail. Ces contractions rendent le palper et même le toucher assez difficiles. Le palper renseigne la présence de la tête un peu engagée dans l'excavation, la tumeur est plus accessible du côté droit, la main tombe pour ainsi dire immédiatement sur le front ; tandis qu'à gauche il faut l'enfoncer profondément pour qu'elle arrive sur une partie osseuse qui est l'occiput. A l'occiput succède sans interruption une tumeur allongée, convexe dans tous les sens, se dirigeant de la fosse iliaque gauche vers le fond de l'utérus incliné à droite ; cette surface est presque tout à fait latérale. Les petites saillies avec la face antérieure sont à droite.

Nous avons donc affaire à une présentation du sommet en position occipito-iliaque gauche, variété probablement transversale. Ce diagnostic va être confirmé par le toucher.

Cette opération renseigne que les parties molles sont bien préparées, convenablement tuméfiées ; le col présente une dilatation comparable à la grandeur d'une pièce de deux francs.

Les bords du col ne sont pas tout à fait tranchants comme ils le sont d'ordinaire chez les primipares.

On sent une poche d'eaux assez volumineuse, sphérique, se dilatant régulièrement pendant les contractions; puis une tumeur dure, arrondie, volumineuse au sommet; sur cette tumeur une suture à direction à peu près transversale. Si on fait glisser le doigt entre le col et la tête pour explorer à gauche et à droite, on trouve la grande fontanelle à droite, la petite à gauche, mais elles sont toutes deux assez difficilement accessibles.

L'auscultation renseigne le maximum des bruits cardiaques au nombre de 120 et 130 à la minute à gauche, et un bruit de souffle plus superficiel du même côté.

Cet examen a été rendu difficile et a été interrompu à plusieurs reprises par les contractions utérines qui n'ont pas changé de caractère.

Le pouls est à 100, la température à 38° 2.

De 8 heures et demie à 10 heures et demie, malgré le rapprochement et l'intensité soutenue des douleurs, le travail n'a guère progressé.

Le col présente une dilatation de la grandeur d'une pièce de cinq francs. La position a légèrement changé, l'occiput s'est avancé vers la symphyse sacro-iliaque gauche.

A 12 heures, le travail ne faisant guère de progrès, on procède à la rupture de la poche des eaux qui est suivie de l'écoulement d'une quantité assez grande de liquide trouble. Les contractions se suivent, excessivement douloureuses, la femme crie continuellement, se retourne, tantôt à droite, tantôt à gauche ; il faut plusieurs personnes pour la maintenir. On lui donne un peu de chloroforme au moyen de l'appareil de Juncker. La dose est augmentée au moment des contractions; l'anesthésique calme la patiente, *diminue un peu la fréquence des douleurs* sans en modifier la nature.

A 1 heure, la dilatation est à peu près complète ; la tête est descendue, les fontanelles sont accessibles, la fontanelle postérieure continue à se porter en arrière vers le sacrum.

Cette circonstance, l'état d'épuisement dans lequel se trouve la femme et la longueur du travail pouvant compromettre la femme et l'enfant, nous nous décidons à faire immédiatement une application du forceps Tarnier.

Tout étant préparé, la femme étant placée dans la position obstétricale, est plongée dans une anesthésie plus complète.

L'application du forceps, suivant le diamètre oblique gauche du bassin, se fait aisément et ne présente rien de particulier. L'instrument est facilement monté.

Sous l'influence des tractions exercées sur le manche commun, la tête descend et le mouvement de rotation se produit. Mais il est à remarquer qu'au début, les branches de préhension s'appuient contre les branches de traction (l'instrument tire donc fortement en bas et en arrière) et celles-ci, arrêtées par le périnee, ne peuvent plus s'abaisser.

D'un autre côté, le mouvement de rotation a lieu plus tard que ne le produirait généralement l'accoucheur se servant d'un forceps ordinaire, c'est-à-dire lorsqu'il est actif, conscient et non réduit à être une simple machine à tirer. De plus, les manches ne s'abaissent pas autant pendant la rotation.

Est-ce ainsi que doivent se passer les choses ? Les principes sur lesquels repose le forceps Tarnier tendent à prouver que oui. Quoi qu'il en soit, la tête se dégage sous la branche ischio-pubienne gauche.

On constate un circulaire du cordon autour du cou, elle est immédiatement réduite.

Le reste du fœtus est dégagé sans rien présenter de particulier. On ne détache celui-ci de la tige ombilicale que lorsqu'elle a cessé de battre. Le périnée qui a été fortement distendu est intact. La délivrance s'effectue par expression utérine. L'utérus se rétracte avec force jusqu'à 1 ou 2 centimètres en dessous de l'ombilic; la femme se réveille.

Immédiatement après la délivrance, on fait une injection d'eau phéniquée tiède dans l'utérus avec la sonde à double courant de Stoltz et l'on administre préventivement à la femme 75 centigrammes de seigle ergoté avec 10 grammes de teinture de cannelle et un peu de vin de Bordeaux.

L'enfant, du sexe masculin, est bien conformé, il pèse 3 1/4 kil., et mesure 50 centimètres de longueur.

Diamètres de la tête :

Bipariétal	9 c.
Bitemporal	8 1/2
Occipito-mentonnier	13
Occipito-frontal	11
Sous-occipito-bregmatique	9
Sous-mento-bregmatique	10

Le cordon est assez gros, volumineux, d'une longueur de 46 centimètres, inséré au centre du placenta, celui-ci est volumineux.

Le liquide amniotique traité par l'acide picrique donne un précipité d'albumine.

Suites des couches. — Normales. Soins ordinaires. La femme quitte la Maternité avec son enfant le 21 janvier.

Observation III. — H... (Mélanie), âgée de 23 ans, servante, née à Hannut, domiciliée à Liége, place des Carmes, 5; constitution solide, tempérament nervoso-lymphatique, entre à la clinique obstétricale de l'Université, le jeudi 21 janvier 1881, à 8 heures du matin.

Variole à l'âge de 8 ans. Rien de particulier à noter du côté du squelette. Taille 1 mètre 75.

La menstruation, établie à l'âge de 17 ans, a toujours été régulière et très abondante, d'une durée de six à sept jours.

Les règles s'accompagnaient toujours d'une douleur sourde dans la région hypogastrique.

Les règles ont apparu pour la dernière fois dans la quinzaine d'avril 1880.

Les mouvements dont la femme ne peut préciser exactement l'apparition se font sentir en haut et à droite. Elle est primipare.

Dans les premiers mois de la grossesse, troubles digestifs assez marqués : inappétence, vomissements, douleur épigastrique, un peu de leucorrhée, par moments, douleurs de reins assez accentuées.

Seins bien développés et assez fermes. Abdomen très développé, à parois excessivement épaisses, très tendues. Ligne brune, peu marquée, vergetures peu nombreuses sur les parois latérales de l'abdomen.

L'utérus est dans le fond de la région épigastrique, il dépasse de plus de 6 travers de doigt l'ombilic ; il est fortement dévié à droite. On constate un œdème considérable des membres inférieurs et de la partie inférieure du tronc. Les grandes lèvres sont aussi fortement tuméfiées, surtout la lèvre droite ; cette tuméfaction œdémateuse remonte, au dire de la femme, à cinq ou six jours.

La vessie pleine d'urine forme une tumeur saillante, nettement dessinée sous la paroi abdominale.

Par la sonde, on retire un 1/2 litre d'urine. Celle-ci est légèrement trouble, de réaction acide, de couleur normale, d'une densité de 1017 ; l'acide picrique et la chaleur y renseignent très peu d'albumine.

Rien du côté du cœur. Pas d'antécédents d'éclampsie du côté de la mère qui a eu huit enfants.

Le palper abdominal est difficile à cause de l'épaisseur des parois et de l'état de contraction presque permanent de l'utérus. Toutefois on sent une résistance plus considérable à droite. On ne trouve aucune petite partie fœtale. La tête, déjà engagée dans l'excavation, est difficilement perceptible.

Par l'auscultation, on trouve que les battements du cœur s'entendent très bien sur une ligne horizontale, passant par l'ombilic. Le maximum d'intensité de ces bruits ne peut se déterminer. A droite le souffle abdominal.

Le toucher vaginal constate l'existence de la fourchette, le vagin est assez étroit, lubrifié, chaud. On arrive facilement au col qui est reporté fortement à gauche, presque tout à fait effacé. L'orifice externe présente une dilatation un peu plus grande qu'une pièce de 50 centimes.

On constate la présence des membranes immédiatement appliquées contre la partie fœtale; il ne se forme pas de poche d'eaux pendant les contractions.

On constate dans le segment inférieur de l'utérus une tumeur dure, arrondie, volumineuse : le sommet de la tête.

Les douleurs préparantes ont débuté la veille à 8 h. 1/2 du soir ; d'abord légères, intermittentes, elles sont bientôt devenues fortes et presque continues.

Au moment de l'examen, l'utérus est dans un état de spasme pour ainsi dire continuel ; la femme se plaint sans cesse, elle est dans un état de profonde anxiété ; son facies exprime la souffrance.

L'élève accoucheuse de garde nous apprend qu'elle est arrivée la veille à 11 heures du soir; les renseignements qu'elle nous donne nous prouvent que le travail n'a guère progressé depuis lors. La femme a passé une très mauvaise nuit; elle a été très agitée, les contractions utérines ont été pour ainsi dire presque continuelles.

Lavements. Bains de siége.

A 10 heures. — Les contractions sont toujours aussi fortes qu'auparavant, la femme se plaint de tiraillements excessivement intenses dans les reins, accompagnés d'une douleur sourde dans la région de l'utérus et dans la partie supérieure des cuisses.

On a beaucoup de peine à la maintenir dans le décubitus dorsal, elle se roule sur elle-même ; par moments elle a des mouvements spasmodiques dans les muscles de la face, de la mâchoire; les yeux sont convulsés vers le haut et animés de mouvements continuels.

Toucher. — Le doigt est fortement pincé dans le col à chaque contraction, le col est effacé, même dilatation, pas de poche d'eaux.

A 11 heures. — La femme accuse un grand degré de faiblesse. Pas de céphalalgie. Elle agite continuellement ses bras, veut se coucher par terre, et prononce par moment des paroles incohérentes. Pas de changement du côté du col ; la tête plonge un peu plus dans l'excavation avec le segment inférieur du viscère.

Nouveau bain de siège dans lequel la femme se résout difficilement à rester.

A 12 heures. — La dilatation a fait de légers progrès, le col est un peu dilatable.

A 12 h. 1/2. — Au moment où la femme sort d'un bain, on entend un petit bruit de craquement produit par la rupture des membranes.

Une très petite quantité de liquide s'écoule. La rupture des membranes ne produit aucun effet sur la marche du travail.

A 1 heure. — On retire par le cathétérisme un demi-litre d'une urine légèrement trouble, d'une réaction acide, d'une densité de 1018, renfermant une assez grande quantité d'albumine (réactifs, chaleur et acide picrique). Nouveau bain de siège.

A 2 h. 1/2. — La dilatation du col qui est toujours forte à gauche, est presque aussi grande qu'une pièce de 2 francs, mais il est plus facilement dilatable.

Les douleurs continuent à être aussi intenses.

Le pouls est à 100, la température à 38°,2.

A 4 heures. — La femme est en proie à une grande agitation, elle a de temps en temps de légers accès nerveux caractérisés par un tremblement de contractions spasmodiques des muscles de la face ; elle a aussi des vertiges et des bourdonnements d'oreilles ; elle déraisonne et a les yeux égarés.

On ne parvient que difficilement, malgré les exhortations les plus pressantes, à lui faire garder le décubitus dorsal.

A 5 h. 1/2. — La femme est toujours agitée, se plaint d'une grande faiblesse. Les douleurs sont toujours aussi violentes et aussi rapprochées. Elle pousse des cris et des gémissements continuels. Elle fait malgré elle de grands efforts. Les muscles de la paroi abdominale se contractent avec une force extraordinaire.

Les inhalations de petites quantités de chloroforme, sont sans effet sur les douleurs, quant à leur fréquence et leur intensité ; elles calment un peu la parturiente.

A 6 h. 1/2. — Palper difficile et toujours négatif.

Toucher. — Le col présente une dilatation à peu près comme une pièce de 5 francs, mais il est assez dilatable. Le doigt, glissé entre les bords du col et la tête, perçoit, mais difficilement, en arrière et à droite, une fontanelle que l'on ne peut pas bien déterminer, mais que l'on croit être la postérieure ; nous serions donc en face d'une présentation du sommet en deuxième position P.

On constate sur le col à droite une déchirure très nette menaçant de s'étendre d'un moment à l'autre. La tête est très bas et elle est coiffée par le col d'une manière très intime.

En présence de l'état d'épuisement de la femme, du danger de voir éclater une attaque d'éclampsie, nous nous décidons à intervenir par une application de forceps et dans le cas où le col résisterait ou

menacerait de se déchirer, à faire des incisions multiples sur le pourtour.

C'est encore le forceps Tarnier que nous allons employer. La femme placée dans la position obstétricale est chloroformée.

L'application de l'instrument suivant le diamètre oblique droit du bassin et le montage se font aisément et ne présentent rien de particulier. Le toucher nous ayant démontré que le col livrerait assez facilement passage à la tête du fœtus, nous nous abstenons des incisions.

Nous exerçons sur le manche commun du forceps des tractions qui font descendre un peu la tête ; aussitôt que l'on cesse de tirer, elle remonte.

Un effort plus considérable et un peu soutenu amène la tête dans le bas de l'excavation, mais au lieu de voir en même temps le forceps tourner avec elle de droite à gauche comme nous nous y attendions, croyant avoir affaire à une droite postérieure, nous remarquons que les branches de préhension se relèvent vers les pubis. Nous portons le doigt sur la tête qui est à la vulve et nous constatons que l'occiput est en avant.

Le forceps nous avait donc indiqué à la fois notre erreur et la direction exacte qu'il fallait donner à nos tractions ; en d'autres termes, l'idéal recherché par le professeur de Paris, était cette fois atteint : *Tirer d'une façon inconsciente sur un instrument qui agit toujours daus la direction voulue.*

Le dégagement de la tête se fait normalement, le reste du corps vient immédiatement après, on laisse les battements s'éteindre dans la tige ombilicale avant d'en séparer le fœtus.

La délivrance, pratiquée par expression utérine, a lieu quelques minutes après. L'utérus se rétracte bien (15 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne).

Légère éraillure du périnée. Perte normale. Frisson assez intense. Pouls 88. La malade se réveille.

Faiblesse et endolorissement général.

Injection intra-utérine d'eau phéniquée tiède à 2 p. 100, au moyen de la sonde de Stoltz.

L'enfant, du sexe masculin, est très bien constitué ; il pèse 4 kil. 1/2 et mesure 53 centimètres de longueur.

On remarque une trace assez forte du forceps au-dessus de l'œil gauche et une autre près du menton.

Diamètres de la tête :

Bipariétal.................	10 1/2	centimètres.
Bitempéral................	8	—
Occipito-mentonnier.......	16	—
Occipito-frontal...........	13	—
Sous-occipito-bregmatique..	10 1/2	—
Sous-mento-bregmatique...	11 1/2	—

Annexes. — Le cordon est assez volumineux, de 44 centimètres de longueur, inséré près du centre du placenta. Celui-ci est volumineux.

Suites des couches. — 20 *janvier, soir.* — Le pouls est à 80, la température à 37°. Les lèvres sont sèches, la peau, surtout celle du visage, est couverte d'une transpiration abondante. La patiente se plaint d'une grande faiblesse. L'utérus est dur et globuleux.

Deux injections vaginales d'eau phéniquée tiède et charpie imbibée du même liquide sur la vulve et entre les grandes lèvres.

21 *janvier*, 8 *heures du matin.* — La nuit a été très agitée. Cris, délire assez marqué. Urines involontaires. Tranchées utérines très vives. Facies injecté, figure vultueuse, couverte de sueurs. T. 37,2; P. 80, dépressible. Langue fortement catarrhale. Ventre légèrement ballonné. L'utérus est à 14 centimètres au-dessus des pubis ; pas de douleur à la pression de la région hypogastrique. L'œdème a beaucoup diminué. La femme se plaint d'une douleur assez vive ayant son siège à la cuisse droite et s'irradiant jusque dans le genou. L'examen de la partie douloureuse ne révèle rien. Frictions calmantes. Cataplasmes sur le ventre.

21 *janvier, soir.* — Le pouls est à 100. T. 38,4. La femme nous renseigne une faiblesse extrême, une céphalalgie opiniâtre, un peu de toux et de dyspnée. La peau est moite et chaude. La langue est toujours catarrhale et les lèvres couvertes d'un léger enduit fuligineux. Encore quelques tranchées utérines, les douleurs de la cuisse n'ont plus la même acuité que le matin.

L'examen de la poitrine auquel on est conduit par la toux, la dyspnée et l'élévation de la température que rien n'expliquent, permet de constater par la palpation, la diminution des mouvements de la poitrine à droite, un renforcement des vibrations vocales de ce côté; par la percussion, une diminution assez notable de la sonorité à droite; par l'auscultation, très peu de renseignements, tout au plus un peu de râles de bronchite disséminés dans les deux poumons.

Nous nous trouvons en présence d'une pneumonie en voie de développement.

Badigeonnage à la teinture d'iode, surtout à la base du poumon droit. Potion kermétisée. Continuation des frictions sur la cuisse.

22 janvier, matin. — T. 38,2, P. 100, peu résistant. Dyspnée plus accentuée que la veille (25 respirations par minute). La femme a déliré pendant la nuit. Décubitus dorsal passif. Facies abattu avec une légère teinte subictérique.

La femme se plaint de constriction thoracique au-dessous du mamelon droit. Rien de nouveau du côté de la poitrine. Crachats assez visqueux. L'état puerpéral ne présente rien de particulier.

22 janvier, soir.— T. 39,6, P. 112, R. 26. La femme se plaint plus que le matin ; par l'auscultation, on trouve quelques râles crépitants disséminés dans la base du poumon droit, des râles de bronchite à gauche, une respiration rude dans les deux poitrines, mais pas de souffle.

Les crachats visqueux renferment quelques stries de sang.

Lochies un peu fétides. Un peu de gangrène des grandes lèvres.

Vésicatoire à la base du poumon droit. Potion kermétisée. Décoction de quinquina. Lavement purgatif. Quatre injections phéniquées par jour et renouvellement fréquent des compresses.

23 janvier, matin. — Nuit assez agitée. Urines involontaires. La femme est dans une assez grande prostration, elle répond difficilement aux questions qu'on lui pose. T. 38,6, P. 88, R. 22.

Expectoration un peu plus facile, dans le poumon droit toujours assez bien de râles. Même traitement.

23 janvier, soir. — Même état.

24 janvier, matin. — Nuit meilleure que la précédente. — T. 38,6, P. 100, R. 20. Décubitus dorsal passif. La sonorité est un peu revenue dans la base du poumon droit. Les râles ne sont plus aussi nombreux. Expectoration assez abondante. — Même traitement, plus un lavement. Bouillon, lait.

24 janvier, soir. — T. 38,8, P. 112. Rien de particulier à noter. Du côté de l'utérus tout va bien.

Jusqu'à la date du 29 au soir, la maladie a suivi une marche décroissante, le mieux a été en s'accentuant : sensiblement il persiste toujours une grande faiblesse avec un pouls petit, accéléré. La température a été en diminuant graduellement pour atteindre, le 29 au matin, 38 ; la poitrine droite s'est pour ainsi dire complètement dé-

gagée, la respiration est facile et la femme reprend une nourriture légère.

Les seins sont flasques, pas de sécrétion lactée, ce qui nous a forcé de donner le biberon à l'enfant.

L'appareil digestif est en bon état. Du côté du ventre, rien de particulier, l'utérus est à 7 cent. 1/2 au-dessus des pubis. Les lochies ont peu d'odeur. Les surfaces sphacélées de la vulve sont en voie de guérison. Les douleurs de la cuisse ont disparu. Les urines examinées à différentes reprises révèlent à peine des traces d'albumine. Plus de céphalalgie.

Subitement, le 29 au soir, la température qui, antérieurement, présentait du matin au soir des différences d'environ 1/2 degré, et qui, le 29 au matin, était de 38, et le 28 au soir de 38,2, subit une exacerbation de 1 degré. Avec cette exacerbation de température apparaissent des phénomènes nerveux : spasmes dans les muscles de la face ; manque de lucidité dans les réponses. La femme a la face grippée, jaune ; transpirations abondantes. Pouls 100, petit. Céphalalgie. Trois selles involontaires. Lochies plus fétides. La poitrine va bien. Sulfate de quinine. Vin de quinquina. Lait, bouillon.

Ces phénomènes de véritable infection se sont dissipés rapidement, le mieux a été en s'accentuant et, à la date du 7 février, H... a quitté la Maternité parfaitement guérie.

L'enfant a eu une ophthalmie purulente aux deux yeux, le muguet et un décubitus gangréneux d'aspect tout particulier aux fesses et surtout aux talons. Ce décubitus a été constitué par une rougeur diffuse sur laquelle ont apparu bientôt des plaques gangréneuses, d'un aspect d'abord jaunâtre, puis jaune noirâtre parfaitement limitables.

L'ophthalmie a été traitée par le sulfate d'atropine (0,05 cent. par 20 gr.) et le nitrate d'argent cristallisé (0,025 par 30 gr.)

Le muguet par le benzoate de soude (3 gr. pour 25 d'eau). Le décubitus par une pommade à l'iodoforme (4 gr. pour 20 de vaseline.)

Le 7 février, le muguet a complètement disparu. L'œil gauche primitivement entrepris est tout à fait guéri ; l'œil droit est en bonne voie de guérison; le décubitus va aussi très bien.

Observation IV. — L... J..., 34 ans, célibataire, servante, née à Grivegnée, domiciliée à Bressoux, constitution faible, tempérament

lymphatique, entre à la clinique le 9 février 1881 à 10 heures du matin.

Antécédents. — Rachitisme sur lequel elle ne fournit aucun renseignement particulier si ce n'est qu'elle n'a marché que vers l'âge de cinq ans. La menstruation, établie à l'âge de 24 ans, a toujours été peu abondante et irrégulière.

Examen du 9 février. — Taille 1 mètre 32, système osseux déformé; jambes arquées, épaules saillantes ; colonne vertébrale légèrement déviée à gauche. Ensellure assez marquée.

Les règles se sont montrées pour la dernière fois le 15 juin 1880.

Les mouvements actifs dont L.... fait remonter l'apparition à deux mois et demi se font sentir en haut et à droite. Elle est enceinte pour la première fois.

La grossesse n'a présenté aucune particularité autre que des dérangements digestifs pendant les premiers mois : des vomissements, de l'inappétence, un peu de leucorrhée, de temps en temps des douleurs lombaires assez vives.

L'urine contient une très petite quantité d'albumine (acide picrique et chaleur). Elle est claire et de couleur normale.

Les seins sont mous et flasques.

L'abdomen est assez élevé, un peu projeté en avant, très développé dans le sens transversal. Les parois sont assez épaisses, peu tendues ; la ligne brune assez marquée ; peu de vergetures.

L'utérus arrive à cinq travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; il est un peu dévié à droite. A la partie supérieure du globe utérin et à droite, on délimite une région de forme circulaire plus molle que le reste de l'organe, conservant sa mollesse pendant les contractions utérines et donnant la sensation d'une épaisseur plus grande de tissu : c'est le lieu d'insertion du placenta.

Par un examen fait quinze jours auparavant, nous avions constaté une présentation du siège et huit jours après nous avions trouvé une présentation de l'épaule droite. Celle-ci s'est maintenue. Au palper, nous reconnaissons la présence de la tête dans la fosse iliaque gauche; elle est susceptible d'un mouvement de ballottement excessivement net; le dos forme une tumeur facilement reconnaissable s'étendant de gauche à droite. Le siège se trouve à droite dans le fond de l'utérus.

Au toucher, le col est difficilement accessible. Il est élevé et forte-

ment dévié à gauche. Il est long, ramolli ; l'orifice externe est entrouvert et permet l'introduction de la pulpe de l'indicateur.

Le promontoire, situé sur la ligne médiane, est facile à atteindre. Le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur a une étendue de 8 centimètres.

A l'auscultation, on entend le maximum des bruits cardiaques à droite, à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Là aussi il y a un bruit de souffle très net.

Nous avons affaire à une présentation de l'épaule droite en première position ou dorso-antérieure; et à une grossesse de huit mois environ.

Lorsque cette femme est venue la première fois à la clinique, l'accouchement prématuré artificiel a été décidé. Mais, à cause du degré de rétrécissement du bassin, cette opération a été retardée jusqu'aujourd'hui, pour laisser plus de chance de vie à l'enfant.

On fait tous les préparatifs de l'accouchement prématuré.

La femme prend deux bains de siège prolongés. A 3 heures, l'examen pratiqué devant les élèves ne révèle rien de nouveau.

On fait la réduction céphalique et l'on applique la ceinture du Dr Pinard, puis on procède à une injection de 180 grammes d'eau tiède entre la face interne de la matrice et les membranes, à l'aide de la sonde de Van Huevel ; on place dans le col un cône d'éponge préparée et on le maintient au moyen d'un tampon vaginal fait avec une éponge ordinaire.

On transporte la femme dans son lit et on lui recommande de rester dans le décubitus dorsal.

Les douleurs débutent presque immédiatement et présentent d'emblée un caractère d'acuité très prononcé. La femme ne reste pas un instant tranquille, elle gémit continuellement, se roule sur elle même et arrache la ceinture ; elle passe une nuit très mauvaise, elle a trois vomissements bilieux.

A 5 heures du matin, le 10, on retire les éponges et l'on fait prendre à la femme un bain de siège d'une heure, après avoir fait une injection de lavage à l'eau phéniquée tiède à 2 0/0.

Examen à 8 heures (10 février). — T. 38,7. P. 88.

La femme est abattue et dans un état de faiblesse. Le facies exprime la souffrance. Douleurs très vives, mais assez éloignées.

Au toucher, on trouve le col toujours très haut et à gauche ; il est

effacé et présente une dilatation comparable à la grandeur d'une pièce de 5 francs.

La poche des eaux est déchirée ; on constate la présence du sommet de la tête en deuxième position, variété postérieure, au centre du détroit supérieur.

Le travail marche régulièrement, la dilatation fait des progrès, mais la femme s'épuise de plus en plus et demande à grands cris qu'on la délivre; les bruits du cœur de l'enfant deviennent moins nets. Il faut, dans l'intérêt de la mère et de l'enfant, terminer par une application de forceps. On choisit le forceps Tarnier dernier modèle. La femme étant placée dans la position obstétricale est chloroformée à cause de son indocilité.

On fait l'application suivant le diamètre oblique droit du bassin. Le mécanisme de l'extraction est le même que dans l'observation II, si ce n'est que l'occiput se dégage sous la branche ischio-pubienne droite.

L'enfant naît en état de mort apparente. Des soins appropriés le rappellent à la vie.

Délivrance par expression utérine.

L'enfant du sexe masculin pèse 2,500 grammes et mesure 48 centimètres.

Diamètres de la tête :

O. M.....	12 1/2
O. F.....	10 1/2
S. O. B..	8 1/2
S. M. B..	10
B. P.....	8
B. T.....	7

Annexes. — Le cordon mesure 42 centimètres de longueur. Le placenta, de forme circulaire, mesure 22 centimètres dans son plus grand diamètre, 15 dans son plus petit.

Suites des couches. — Rien d'anormal, si ce n'est un peu d'œdème des grandes lèvres. L'enfant est mort le deuxième jour dans la soirée ; sortie le 23 février 1881.

Nous n'avons plus à revenir ici sur la valeur théorique des modifications apportées au forceps par le Dr Tarnier. Nous pou-

vons ajouter, après l'examen des quatre observations, que nous venons de rapporter, que, pratiquement, le forceps a répondu pleinement au but que l'auteur s'était proposé.

Ainsi, depuis la dernière modification, l'application est simple et facile. Dans les quatre observations, il n'y a rien, sous ce rapport, de particulier à noter.

Si, dans la première, il y a eu entraînement de la tête par le mouvement de rotation de Mme Lachapelle, imprimé à la branche droite, ce léger changement de la position ne peut être attribué au forceps Tarnier ; on l'observe quelquefois avec le forceps ordinaire, lorsque la tête fœtale est mobile.

Dans les quatre opérations, l'articulation des branches et du manche commun avec les branches de traction s'est exécutée facilement.

Au point de vue de la translation de la tête à travers la filière pelvienne, tout s'est passé comme dans le mécanisme de l'accouchement naturel ; les mouvements de rotation interne se sont produits sur le plancher périnéal, et, deux fois, l'occiput qui était en arrière, est revenu en avant.

Nous avons même ici à signaler un fait. Dans la troisième observation, où de grandes difficultés ont empêché de porter le diagnostic de la position d'une manière précise, lors de l'application de l'instrument, le relèvement des manches et l'absence de rotation ont montré immédiatement à l'opérateur la position exacte de la tête. Qu'aurait-on dû faire avec le forceps ordinaire dans les conditions indiquées? On aurait dû tirer sur le forceps tout en relevant les manches de l'instrument, pour produire, dans la supposition d'une occipito-postérieure, le mouvement de flexion forcée ; puis, la tête étant amenée dans le bas de l'excavation, on aurait dû toucher pour sortir de l'incertitude ; le forceps Tarnier a donné de lui-même les indications que l'accoucheur n'avait pu obtenir.

Dans les quatre cas observés, le mouvement de dégagement de la tête s'est produit avec les seuls soins habituels de soutenir le périnée et de lubrifier la vulve, sans la moindre éraillure des parties.

Un point à signaler, c'est le moment tardif de la rotation de l'occiput dans l'occipito-postérieure de la deuxième observation et l'arrivée de la tête sur le plancher périnéal, sans subir la flexion exagérée que l'on observe d'ordinaire dans ces circonstances. La terminaison facile par le forceps Tarnier prouve que si l'accouchement avait pu être abandonné à la nature, c'est ainsi qu'il se serait terminé. Mais les circonstances étaient exceptionnelles, le bassin était très large. Dans les conditions normales, on aurait pu observer le défaut de progression de la tête, l'absence des mouvements de flexion forcée et surtout de rotation intérieure, parce que les résistances auraient empêché le crâne de descendre et d'atteindre le plancher périnéal, où il subit ce dernier mouvement. En pareille circonstance, le forceps du Dr Tarnier doit être quelquefois aussi impuissant que la nature. Mais il s'agit là d'une exception que le savant professeur doit avoir déjà rencontré, lui qui a employé son forceps dans un si grand nombre de cas. Dans ces conditions, on peut au surplus, réunir les manches de traction aux manches de préhension, produire un mouvement de rotation pour ramener l'occiput en avant, et se servir de nouveau des manches de traction. exclusivement pour achever le mouvement de descente et de dégagement.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons conclure aujourd'hui que le forceps Tarnier actuel peut rendre de grands services ; il est aussi facile à appliquer que le forceps ordinaire, il permet à l'opérateur de tirer parfaitement suivant les axes; il diminue les pressions nuisibles, en permettant à la tête d'évoluer en tous sens. En résumé, c'est aujourd'hui le meilleur forceps que nous connaissions.

Avertissons, toutefois, nos élèves que les grandes qualités de cet instrument ne doivent pas les déshabituer d'apprendre les règles d'extraction ; ils pourraient se trouver quelque jour désarmés devant les difficultés exceptionnelles, et regretter de ne pouvoir s'en rendre maîtres.

ORGANES GÉNITAUX ET VARIOLE.

Par le Dr Barthélemy.

Ancien interne des hôpitaux, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis.

L'appareil génital tient, dans l'organisme, une place bien trop importante pour que la *variole*, maladie générale, qui retentit si souvent sur les divers organes, évolue sans jamais laisser de trace ici. Ce sont les *divers retentissements de la variole sur les organes génitaux* que nous voulons passer en revue. Eu égard à la nature de cette publication, nous signalerons brièvement des complications génitales de la variole chez l'homme, et nous insisterons principalement sur les *varioles puerpérale et fœtale.*

I. — Chez l'homme, les effets de la variole sur l'appareil génital sont sous la dépendance, soit de l'éruption, soit de l'état général.

Sur la verge, l'éruption est parfois assez abondante, et notamment sur le gland, pour donner lieu à une sorte de *balanite* ; le *scrotum*, parfois, devient très tendu, très tuméfié ; mais l'éruption s'y comporte d'ailleurs avec ses modalités habituelles.

Dans un cas de variole cohérente-confluente, où le malade a succombé vers le douzième jour, avec des phénomènes de septicémie (délire violent, frisson) et d'asphyxie, nous observâmes, vers le septième jour, l'apparition d'un sphacèle assez étendu occupant le scrotum et le fourreau pénien.

Dans un cas, nous avons observé l'*orchite varioleuse*. Cette complication est rare ; il faut d'ailleurs la rechercher avec soin car la tuméfaction et l'empâtement des bourses gênent l'examen

(1) Extrait de la thèse du Dr Barthélemy, chef de clinique de la Faculté : *Recherches sur la variole*, Paris, 1880.

et dissimulent ou simulent l'affection. La variole ne donne ni pustulation ni écoulement de l'uréthre ; si une blennorrhagie coexiste, il est beaucoup plus vraisemblable de lui attribuer l'orchite qu'à la variole. Les orchites varioleuses que nous avons observées sont nées sous nos yeux, sans blennorrhagie préexistante, et dans des cas de variole cohérente. Elles ont apparu, l'nne le sixième et l'autre le septième jour de la maladie, et le lendemain du jour où l'éruption s'est vésicularisée *sur le corps*. Les malades eux-mêmes ont attiré l'attention sur ce symptôme insolite et sur leur scrotum lourd et douloureux. La tuméfaction de la peau n'était pas suffisante pour empêcher de bien isoler le testicule et de le trouver volumineux, dur et sensible à la pression. Le gonflement portait plutôt sur le testicule que sur l'épididyme ; peut-être ces phénomènes répondent-ils plutôt à une simple vaginalité qu'à une lésion plus profonde. L'orchite se montra dans les deux cas unilatérale. Elle disparut, d'ailleurs, l'une le neuvième, l'autre le quatorzième jour. Nous n'observâmes chez ces malades aucune métastase sur la région parotidienne. Mais nous avons assisté trois frois, du *gonflement parotidien primitif*. La tuméfaction était manifeste, bilatérale, douloureuse à la pression, à la mastication, facile à séparer du gonflement parfois considérable des joues. C'est encore au moment où l'éruption s'est effectuée, quand les vésicules blanchissent, que le gonflement parotidien est survenu. C'est à ce moment que le gonflement de la face et l'empâtement des joues sont les plus accentués ; mais cet empâtement fait tomber les joues, qui s'affaissent sous les angles de la mâchoire et donnent à la face une apparence quadrangulaire. Le gonflement et l'empâtement sont d'autant plus prononcés que l'on examine les points les plus déclives et que le malade s'est tenu couché d'un côté plus que de l'autre. Rien de tout cela n'existait dans ces fluxions parotidiennes qui semblent bien répondre au même processus que les fluxions vaginales et péritesticulaires que nous signalions plus haut. Le gonflement était symétrique, ne se déplaçait pas par le décubitus, occupait la région pré-auriculaire, empiétait sur la joue, s'étendait jusqu'à

la partie moyenne de la branche montante du maxillaire, sans dépasser l'angle de cet os, et causait de vives douleurs surtout dans l'oreille. Toute cette symptomatologie ne peut guère s'appliquer qu'à une fluxion parotidienne, passagère, durant trois jours au plus, se terminant par *résolution graduelle*, et sans aucune substitution scrotale ou testiculaire; ne sont-ce pas cependant là des *oreillons varioliques*? Sans doute, les vrais oreillons sont loin de toujours donner lieu à des métastases ou d'en être eux-mêmes les effets. Mais si un fait de ce genre était bien établi dans la variole, il fournirait un intéressant renseignement. Nous appelons donc sur ce point l'attention des observateurs, puisqu'il ne nous a pas eté donné de pouvoir l'élucider cliniquement d'une façon certaine.

Nous rapportons ici deux observations qui nous sont communiquées par notre collègue et ami M. Bastard, l'une de gonflement parotidien, et l'autre de vaginalité.

Observation I.

D... (Raphaël), modèle. Non vacciné. Contagion de quartier.

Début le 8 octobre. Frissons, céphalalgie. 2e jour. Rachialgie, pas de vomissement.

11 octobre. 3e jour. Constipation. Eruption discrète, marche régulière.

5e jour. Apparition d'une vaginalite très légère. Le malade a un écoulement blennorrhagique datant d'un mois. Est-ce la cause déterminante ?

8e jour. Guérison de la vaginalite.

Le 30. Guérison complète et sortie.

Observation II.

Variole grave. — Souffle au premier temps et à la base.
Gonflement parotidien. — Guérison.

F... (Clara), 21 ans. Entrée le 3 mai au soir.

Eruption vésicule-pustuleuse cohérente. Le visage est couvert par places d'un masque noirâtre, entrecoupé de vésicules blanchâtres,

inégales, aplaties. Les yeux sont fermés, larmoyants et douloureux; les fosses nasales obstruées, les lèvres noirâtres.

Le 4. Sur le corps, l'éruption est très abondante aussi. Rien qui indique la forme hémorrhagique.

Langue sèche, noirâtre, fuligineuse. Angine intense. Selles régulières. Toux et expectoration abondante. Sueurs profuses; insomnie; pas de délire, mais abattement, prostration, angoisses et tendance à l'assoupissement. Le malade répond à peine aux questions.

Le 5. Souffle au premier temps et à la base, râles sibilants dans la poitrine. T. 38,4. P. 116.

Les jours suivants, la fièvre tombe.

Le 9. Le mouvemeuts fébrile reparaît. T. 39. Ses règles sont arrêtées depuis trois jours. Suppuration partout, excepté sur le visage où il y a dessiccation.

Le 10. T. 39,2. P. 120. La joue droite est très tuméfiée. Les yeux sont encore rouges et les paupières bouffies, mais la dessiccation est déjà avancée, principalement sur le nez. La malade souffre beaucoup et se plaint de douleurs vives dans la figure. Il est probable, d'après l'aspect de la couleur, de la rougeur de la peau et de la tuméfaction s'étendant jusque dans la région mastoïdienne, qu'il se forme un abcès sous-maxillaire droit.

Le 11. Figure couverte de croûtes.

Le 12. Céphalalgie; fièvre tombée, 36,4; figure toujours enflée.

Le 16. La face est en pleine desquamation. Le gonflement du côté droit a graduellement disparu. Pas la moindre collection purulente : convalescence.

Le 31. Guérison.

Nous avons déjà eu l'occasion de dire que nous n'avions jamais constaté l'existence des pustules varioliques sur les séreuses. Ici donc, nous ne croyons pas pouvoir admettre l'éruption variolique que M. Gosselin a signalée à la surface de la vaginale. Ce que ce professeur a constaté n'est probablement dû qu'à des amas d'exsudats inflammatoires et fibrineux.

Peut-être est-il même permis de supposer que la vaginalité n'est que la conséquence de la propagation de l'inflammation sous-jacente?

M. Desnos (Soc. méd. des hôp., 1880, p. 165) mentionne l'his-

toire d'une femme qui fut prise, à la période de dessication d'une variole discrète, d'une *pelvipéritonite* que l'on pourrait peut-être rattacher à l'extension de l'inflammation d'un des ovaires. Cette interprétation est, du reste, en tout semblable à celle donnée par M. Hervieux, de faits analogues et consignés dans la *Gazette des hôpitaux* (1864). Dans son traité des maladies puerpérales, cet auteur rapporte des faits où l'ovarite était très marquée, mais compliquée de collections purulentes et de péritonite étendue. Sans tenir compte de ces derniers cas qui peuvent être considérés comme des cas de septicémie puerpérale nous trouvons dans un mémoire de Béraud (Archives de médecine, 1859) des observations desquelles il résulterait que la variole prédisposerait à *des ovarites*, caractérisées par une congestion ovarienne intense et par l'existence autour de cet organe de fausses membranes très limitées. Nous ne voulons ici que rapprocher ces ovarites des orchites précédemment signalées, et nous bornerons là nos réflexions sur les effets de la variole sur l'appareil génital de l'homme.

II. — En nous plaçant au même point de vue, les *organes génitaux de la femme*, à cause de leurs fonctions spéciales, menstruation, gestation, etc., prêtent à des considérations beaucoup plus importantes.

Il n'est pas un pathologiste qui puisse aujourd'hui nier l'influence que peut avoir la variole sur la physiologie de l'appareil génital de la femme. Mais il suffit de considérer les interprétations contradictoires des faits observés pour se convaincre que nous sommes encore loin de savoir la vérité sur ce point de pathologie. Nous n'avons pas la prétention de croire que notre travail fixera la question. Un pareil résultat ne pourra être obtenu que lorsque toute la physiologie de l'appareil génital de la femme sera connue; malheureusement aujourd'hui l'obscurité règne encore sur bien des points. Nous nous proposons de rappeler brièvement les principaux problèmes physiologiques qu'à l'occasion de l'appareil génital de la femme, l'étude de la variole pourra soulever. Connaissant le terrain d'évolution de la maladie, nous comprendrons peut-être mieux la nature

des modifications que l'infection variolique peut lui imprimer.

L'appareil génital de la femme est constitué par deux glandes, les ovaires situés dans les ailerons postérieurs des *ligaments larges*; par deux oviductes, connus sous le nom de *trompes de Falloppe* qui viennent s'aboucher dans une cavité unique, l'*utérus*, enfin par le *vagin* et la *vulve*.

Nous allons successivement passer en revue les modifications pathologiques qui, dans la variole, se produisent sur chacune de ces parties.

1° *Vulve*. — Les grandes lèvres, étant formées sur leur bord par la peau, sont presque toujours le siège d'une éruption variolique; celle-ci n'affecte, d'ailleurs, aucun mode d'évolution, et s'y comporte comme sur le reste du tégument externe. Nous devons néanmoins mentionner que, par le fait même de la situation des grandes lèvres accolées l'une à l'autre, et si souvent baignés par des liquides irritants: urine, sueur, mucosités, sang, les pustules varioliques y ont une grande tendance à l'ulcération, puis à l'agglutination. Malgré leur texture molle et la facilité avec laquelle leur tissu cellulaire se laisse infiltrer, nous n'y avons pas observé d'abcès. La muqueuse des grandes lèvres, des petites lèvres et de la vulve proprement dite peut être aussi très congestionnée, irritée, enflammée et rendue douloureuse par l'éclosion d'une pustulation plus ou moins abondante qui donne lieu à une véritable *vulvite variolique*. M. Hérard (p. 28, 1870, Soc. méd. des hôp.) a observé, dans le cours d'une variole grave, un cas de gangrène vulvaire qui s'est terminé par la guérison, bien que cette complication soit plus souvent l'expression du vice de l'état général que d'une lésion locale. Nous n'en avons vu aucun cas; nous rappellerons seulement ce cas de sphacèle du scrotum, que nous avons signalé plus haut et qui fut le début d'accidents mortels.

2° *Vagin*. — Rien de particulier ne se produit sur la muqueuse vaginale. Nous n'avons jamais rien vu qui fut assimilable à une *vaginite variolique*. Les pustules ne dépassaient pas l'orifice antérieur de ce canal. Ici encore elles affectent donc cette disposition en vertu de laquelle l'éruption ne semble pas

pouvoir se faire en dehors des points du tégument externe et du tégument muqueux qui se trouvent en contact avec l'air et et avec l'oxygène, alors qu'au contraire elle se montre d'autant plus abondante que ce contact est plus multiplié et plus fréquent (face, mains, etc.), la vitalité de la muqueuse vaginale ne nous a jamais paru modifiée en aucune façon dans les différents cas où il nous a été donné de l'examiner.

3° *Utérus et ovaires.* — En voyant la fièvre éruptive coïncider si fréquemment avec un écoulement de sang par le vagin, en voyant cet écoulement se renouveler assez abondamment, parfois quelques jours à peine après l'époque menstruelle normale, en voyant la métrorrhagie apparaître même chez les femmes atteintes d'une aménorrhée datant déjà de plusieurs mois, il nous était permis de penser que la variole devait être, pour la matrice ou les ovaires, la cause d'affections inflammatoires ou tout au moins de congestions ou d'engorgements extrêmes. Nous étions d'autant plus porté à l'accuser que nous nous souvenions des précieux enseignements de notre maître, M. le Dr Martineau, qui, bien souvent, nous a montré, sur la muqueuse utérine le retentissement de poussées diathésiques et éruptives beaucoup moins graves que la variole, l'eczéma ou l'herpès, par exemple. La muqueuse utérine, en effet, n'est-elle pas beaucoup trop importante pour être oubliée, pour ainsi dire par une maladie généralisée, ou par une fièvre éruptive qui crible de ses manifestations la muqueuse de la bouche ou celle du pharynx ? Il n'en est rien, cependant, et nous n'avons jamais rien rencontré qui pût mériter le nom de *métrite variolique.* Sans avoir pu constater d'ovarite, née de la variole, nous avons précédemment, mentionné les cas rapportés par les observateurs et nous avons signalé l'origine varioleuse que semble leur attribuer M. Desnos en particulier. Que ce soit par l'action spéciale du virus ou par l'hyperthémie qu'entraîne l'infection variolique, le fait certain est que la variole retentit profondément sur l'utérus et sur l'ovaire, et qu'elle détermine un fonctionnement pathologique de l'appareil génital.

Mais, d'abord, *quelle est la physiologie de l'appareil génital?*

Au point de vue génital, la vie de la femme peut être partagée en trois périodes :

A. — Avant la puberté.

B. — De la puberté à la ménopause.

C. — Après la ménopause.

A. — *Avant la puberté*, rien de bien important ne se produit du côté de l'appareil génital de la femme. Les vésicules de Graaf ne subiraient que peu de modifications et aucun ovule n'arriverait à maturité. A peine, cependant, l'enfant vient-il de naître, qu'on peut voir un certain degré d'activité se produire dans les ovaires et quelques vésicules augmenter de volume. C'est là un phénomène intéressant qui était connu depuis bien longtemps et qui avait été rapproché d'un fait analogue se produisant dans les testicules et devenant quelquefois l'origine d'orchites légères qui disparaissent rapidement sans laisser de traces.

Mais plus l'enfant approche de la puberté qui, on le sait, varie beaucoup, suivant les races, les aliments et les conditions sociales, plus la fonction ovarienne est susceptible de stimulations. Dans ces conditions, une influence minime pourra amener le développement parfait d'une vésicule de Graaf et la ponte d'un ovule, avec laquelle coïncidera l'hémorrhagie utérine qui a reçu le nom de règles ou de menstrue.

B. — On peut dire que ce n'est guère que pendant la période qui s'étend *de la puberté à la ménopause* que la vie génitale a lieu. Ce qui la caractérise, en effet, c'est pour le physiologiste la ponte ovarienne et pour le médecin, la menstruation. Quel rapport existe-t-il entre la menstruation et l'ovulation? Ce problème est bien difficile à résoudre dans l'état actuel de nos connaissances d'une manière absolue; à peine nous paraît-il possible de formuler quelques conclusions probables. Dans un travail de la nature de celui que nous avons entrepris, il serait hors de propos d'essayer seulement de passer en revue toutes les questions que soulèverait la solution de ce problème; il y a

lieu, cependant, de définir d'une manière précise ce que nous entendons par règle ou menstrue. En effet, dans cette étude de l'influence de la variole sur l'appareil génital de la femme pendant la période active, nous aurons à placer au premier rang les hémorrhagies utérines, et nous verrons combien les auteurs divergent d'opinions quand ils arrivent à l'interprétation des faits observés (Gubler, Obermayer, etc.). Ces hémorragies sont-elles des règles? Ces hémorragies sont-elles le résultat d'une modification inflammatoire de la muqueuse utérine sans corrélation aucune avec la menstrue?

Pour nous, il faut donner et réserver le nom de *règles* à des hémorrhagies utérines qui se produisent d'une façon intermittente et périodique, qui ne paraissent peut-être pas liées à la fonction ovarienne par un lien direct d'effet à cause, mais qui coïncident avec l'ovulation.

D'autre part, durant la même période, se place la grossesse. Nous aurons donc à étudier quels sont les accidents auxquels peut donner lieu la variole pendant la puerpéralité.

Pendant cet état, en effet, il n'est pas, comme l'a fort bien dit M. Tarnier, une seule cellule de l'organisme maternel qui ne soit profondément modifiée. La femme enceinte est un être particulier qui a sa physiologie spéciale, et dont les maladies revêtent par suite des caractères spéciaux qui expliquent les détails que nous lui consacrons dans cette étude de la variole.

Pour plus de clarté, nous subdiviserons cette partie de notre travail en deux autres :

1° La grossesse, pendant laquelle tout l'organisme éprouve un accroissement de vitalité en rapport avec la nutrition du fœtus auquel il doit fournir tous les éléments de vie et de développement, aliments, oxygène, etc.

2° Les suites de couches, auxquelles, bien à tort, on a voulu réserver le nom de puerpéralité, et pendant lesquelles se produit un mouvement de retour vers l'état normal : rapide, si la femme d'allaite pas; se continuant, au contraire, jusqu'à la fin de la lactation dans les cas où la femme est nourrice.

C. — A la période de suractivité utéro-ovarienne succède la *ménopause*, pendant laquelle la vie génitale semble éteinte chez la femme et dont le début est le plus souvent indéterminé. Alors cesse la fonction ovarienne qui n'existe plus et ne peut plus exister, l'utérus s'atrophie et subit dans ses divers éléments des modifications profondes; sa muqueuse même, si sensible et si délicate pendant la précédente période, devient méconnaissable au point de vue histologique et semble avoir perdu toute excitabilité au point do vue physiologique. Cet état est bien différent de celui qui précède la puberté, bien que certains auteurs, frappés seulement de quelques analogies superficielles, aient voulu identifier ces deux stades. En effet, des recherches de M. Slavjanski (Archiv. de phys., 1875), il résulte que, depuis la naissance jusqu'à la puberté, les ovaires ne restent pas sans subir des modifications importantes. Il rapporte, en effet, ce qui, du reste, est également l'avis de M. Jackson, que, pendant cette période, les vésicules de Graaf se développeraient comme après la puberté. Tous les ovisacs arrivent-ils à un parfait état de développement? Nous n'oserions le prétendre, ne voulant retenir de ce fait que cette conclusion qui nous paraît à l'abri de toute critique : c'est qu'avant la puberté, l'appareil génital est en puissance d'activité et que, par suite, la maladie qui retentit sur toute l'économie pourra produire sur lui des troubles importants, tandis que, après la ménopause, l'appareil génital étant pour ainsi dire mort, ne saurait être influencé que d'une manière tout à fait lointaine. Nous verrons jusqu'à quel point la clinique confirme les probabilités que permettent de formuler la physiologie et l'anatomie.

Nous venons ainsi d'étudier brièvement l'un des termes du problème, l'agent modifié. Ce que nous avons dit d'autre part nous dispense de revenir ici sur les caractères de l'agent modificateur. Il nous suffira de rappeler que l'infection par le virus variolique, qui porte de si graves atteintes à la nutrition de certains organes et des troubles si complets au fonctionnement de certains autres, peut agir ici soit à la manière d'une *affection aiguë*, soit surtout à titre *d'intoxication*.

A. — Le milieu dans lequel nous avons observé n'était pas favorable à l'étude des modifications imprimées par la variole à l'appareil génital *avant la puberté.* Nous n'avions guère que des adultes dans nos salles, deux fillettes seulement y ont été admises parce que leurs mères étaient en même temps qu'elles soignées de la variole. Nous n'avons rien remarqué d'anormal chez l'une et l'autre de ces malades ; la menstruation ne s'établit pas d'une façon prématurée, et d'autre part aucun écoulement muqueux ou leucorrhéique ne vint trahir une poussée congestive quelconque qui se fût faite du côté de l'utérus ou des ovaires.

M. le professeur Parrot, qui a vu tant de jeunes malades, ne nous apprend rien de spécial à ce sujet dans les cliniques que nous avons déjà signalées. Il se contente de rappeler l'opinion de Gubler et de M. Obermayer, et semble même se désintéresser du débat. Nous n'oserions le trancher par une simple réflexion. Ne semble-t-il pas cependant singulier, si la métrorrhagie, qui coïncide si souvent avec les premiers symptômes de la variole chez l'adulte, n'est qu'une épistaxis utérine, que l'écoulement de sang fît ainsi défaut précisément chez les jeunes malades, c'est-à-dire ceux qui sont le plus sujets aux épistaxis? Or, c'est ce qui ressort des diverses communications orales que nous ont faites plusieurs collègues observant dans le service des enfants malades.

1. *En dehors de la puerpéralité.* — *B.* Chez la femme adulte en effet, qui est atteinte de variole, rien n'est plus exact que la remarque de Gubler : le plus souvent, *les règles sont avancées.* Ce fait admis par de nombreux auteurs (Scanzoni, Vogel, Raciborski, Perroud et Scheby-Bude, 1862) est pour nous hors de contestation possible, tant nous avons eu souvent l'occasion de l'observer.

Nous pourrions en rapporter de très nombreuses observations, tant parmi les faits que nous avons eus sous les yeux que parmi ceux qui ont été obligeamment mis à notre disposition par notre collègue et ami M. Bastard.

Un fait nous a particulièrement frappé. Une jeune fille vierge, âgée de 22 ans, domestique, forte et robuste, arrive en pleine période d'invasion. Les papules étaient à peine naissantes à la face ; l'éruption menaçait d'être abondante, mais non pas confluente. L'état général était grave, mais nullement inquiétant. La maladie n'était accompagnée d'aucun des signes de la forme hémorrhagique ; ce fait fut pour M. Rigal et pour nous d'une certitude absolue. Au cinquième jour de cette variole, cette malade n'en fut pas moins prise d'une métrorrhagie extrêmement abondante, en avance de douze jours sur l'époque habituelle. Tous les hémostatiques furent vainement employés ; le tamponnement restait comme dernière ressource. Malgré les instances du Dr Rigal, malgré nos tentatives, cette jeune vierge, même prévenue de la possibilité de l'issue fatale, refusa toujours de se soumettre au tamponnement. Elle succomba le lendemain à l'abondance et à la persistance de la perte de sang. L'éruption n'avait fait aucun progrès depuis la veille, et nous ne saurions trop insister sur ce point, *n'affectait en rien la forme hémorrhagique*. A l'autopsie, nous ne trouvâmes absolument rien. La muqueuse utérine était intacte ; l'utérus sans corps fibreux, de volume normal, mais fortement congestionné, était rempli par un caillot noir du volume d'un œuf de pigeon tout au plus. Les ovaires ne présentaient aucune trace de la maturation toute récente d'un ovule ; ce qui donnerait raison à Gubler.

II. — Alph... 20 ans. Bien portante ordinairement. Règles normales mais douloureuses pendant trois jours, ayant apparu pour la dernière fois du 3 au 6 décembre.

24 décembre. Céphalalgie généralisée. Inappétence, pas de vomissement, pas d'épistaxis.

Soir. Rachialgie apparue, mais non assez forte pour faire cesser le travail.

Le 25. La malade travaille jusqu'à quatre heures. La céphalalgie et la rachialgie ont beaucoup augmenté ; celle-ci occupe la colonne lombaire et dorsale.

Le 26. La malade est forcée de s'aliter ; mêmes symptômes. Rash inguinal.

Le 27. Fièvre toujours très vive. Ce soir, réapparition des règles qui sont indolentes mais très abondantes. Rash granité, scarlatiforme.

Le 28. Entrée à l'hôpital. Eruption papuleuse, naissante à la face, apparue dans la nuit. Règles abondantes. La céphalalgie et la rachialgie sont moindres, mais persistent.

Variole discrète dont l'évolution n'a plus rien présenté de spécial à noter.

III. — C..., 21 ans, vaccinée dans l'enfance, revaccinée à 7 ans, mais non depuis. Réglée à 11 ans. Menstruation indolente, mais toujours irrégulière en apparition et en quantité. C'est ainsi que l'époque se montre tantôt deux fois par mois et très peu, tantôt quinze jours de suite, tantôt huit jours seulement, mais très abondamment. Donc, métrorrhagie habituelle, précédée ou suivie d'une aménorrhée de trois ou quatre mois. Jamais de grossesse ni de fausse couche ; habitudes vicieuses ; quelques phénomènes nerveux.

La malade, au milieu de son travail et dans le cours d'une bonne santé, a été prise de céphalalgie, courbature, inappétence et frissons.

Le lendemain seulement, apparition de la rachialgie. La douleur occupe toute la hauteur de la colonne et s'étend jusque dans le cou. Pas d'épistaxis. Vomissements fréquents dans les deux premiers jours. Constipation.

Apparition des papules dès le troisième jour. L'éruption est tout à fait discrète ; c'est la face qui présente le plus de pustules, et l'on n'en compte que 29. Cependant, apparition des régles dès le deuxième jour de l'invasion.

Les règles, succédant à une aménorrhée de trois mois, ont été abondantes, surtout dans les premiers jours, absolument indolentes et ont duré six jours.

Dessiccation des pustules sans suppuration.

Les observations dont le résumé suit nous ont été communiquées par M. Bastard.

IV. — Règles en avance de 6 jours (T. ax. 38,6), apparues le cinquième jour de la variole discrète, femme de 26 ans.

V. — 30 ans. Variole discrète. Le quatrième jour de la maladie,

lendemain de l'éruption, réapparition des règles qui avaient eu lieu à leur époque normale, dix jours auparavant.

VI. — 32 ans. Variole discrète. Apparition simultanée de la métrorrhagie et de l'éruption, le troisième jour de la maladie. Règles en avance de douze jours.

VII. — 26 ans. Variole discrète. Trois épistaxis abondantes le deuxième et le troisième jours de l'invasion. Le cinquième jour, apparition peu abondante des règles, en avance de trois semaines.

VIII. — 40 ans. Variole discrète. Début le 6 octobre. Le 8 au soir, éruption ; métrorrhagie très abondante du 9 au 13. Les règles ne devaient venir que le 25 octobre. Avance de quinze jours.

IX. — 34 ans. Variole discrète. Règles apparues le troisième jour de la maladie, avec l'éruption, en avance de neuf jours.

X. — 26 ans. Variole discrète. Eruption apparue dès le lendemain soir de l'invasion. En même temps, apparition des règles en avance de quinze jours.

XI. — 24 ans. Variole discrète. Vaccinée deux fois, la dernière fois en 1874, avec succès. Les règles ont apparu au début de la variole, en avance de quinze jours.

XII. — 23 ans. Variole très discrète. Apparition des règles le troisième jour, en avance de dix jours sur leur époque normale.

XIII. — 48 ans. Variole discrète. La malade venait d'avoir ses règles ; elles n'ont pas reparu.

XIV. — 22 ans. Variole discrète. Règles survenues le deuxième jour de l'invasion, à leur époque normale, pas plus abondantes qu'à l'ordinaire.

XV. — 21 ans. Variole discrète. Règles normales d'apparition et de durée.

XVI. — 18 ans. Variole discrète. La veille de la maladie, les règles ont avancé de huit jours; la maladie était habituellement menstruée très régulièrement.

XVII. — 19 ans. Variole discrète. La malade, qui a eu ses règles le

mois dernier, ne les a pas eues pendant sa maladie, apparue à l'époque menstruelle.

XVIII. — Variole discrète. Les règles durent ordinairement trois jours. Elles arrivent le septième jour de la maladie, en avance de huit jours.

XIX. — Variole discrète. 18 ans. Règles normales de durée et d'apparition. Abcès de la région parotidienne, en même temps divers autres apparus du quinzième au vingt-quatrième jour de la maladie. Ne pas confondre avec la parotidite du début de la période éruptive.

XX. — 16 ans et demi. Varioloïde très légère. Règles apparues en avance de huit jours.

XXI. — 23 ans. Vaccinée, a eu la variole à l'âge de 6 ans. Varioloïde. Règles apparues le troisième jour après trois mois d'aménorrhée.

XXII. — 20 ans. Varioloïde. Apparition des règles cinq jours avant leur époque habituelle.

XXIII. — 36 ans. Varioloïde. Menstruation régulière. La dernière époque remonte à quinze jours. Réapparition le septième jour de la maladie.

XXIV. — 25 ans. Varioloïde. Menstruation normale. Eruption apparue quarante huit heures après l'invasion. Le quatrième jour de la maladie, apparition des règles, en avance de six jours. Elles sont abondantes et durent quatre jours.

XXV. — 23 ans. Varioloïde. Menstruation régulière. Les dernières règles ont paru, en avance de cinq jours et durent encore au début de l'invasion. Elles se prolongent jusqu'au sixième jour, trois jours après l'apparition de l'éruption.

XXVI. — 18 ans. Varioloïde. Les règles, en avance de dix jours, se montrent avant le début de l'invasion, qui semble avoir été assez courte. Elles durent neuf jours.

XXVII. — 41 ans. Variole cohérente. Règles en avance de cinq jours avant le début de l'invasion. Guérison.

XXVIII. — 35 ans. Variole cohérente. Guérison. Règles avancées de

dix jours. Eruption apparue le quatrième jour, le soir. Règles venues le lendemain.

XXIX. — 32 ans. Variole confluente hémorrhagique. Règles apparues en avance de quinze jours. Hémoptysie. Pas de métrorrhagie vraie; écoulement ayant la même intensité que les règles normales. Cessation des hémorrhagies la veille de la mort qui arrive le dixième jour de la maladie.

XXX. — 35 ans. Non vaccinée. Variole confluente non hémorrhagique. Début de la maladie le 8 octobre. Métrorrhagie le 11, apparue en même temps que l'éruption. La malade perd du sang jusqu'à la mort qui arrive le 14 octobre, sixième jour. L'utérus renferme plusieurs corps fibreux de petit volume: l'un d'eux fait saillie du côté du péritoine; un autre du côté de la cavité utérine. Les autres sont interstitiels. Il existe une hématocèle occupant le côté gauche de la partie postérieure de l'utérus.

XXXI. — 20 ans, non vaccinée. Variole confluente hémorrhagique, avec taches ecchymotiques. Menstrues toujours irrégulières. Eruption apparue le quatrième jour, après des prodromes très violents. Métrorrhagie simultanée. Le troisième jour, éruption flétrie. Abattement. Hémoptysie. Mort le douzième jour. Pleurésie hémorrhagique. Pneumonie lobulaire. Endocardite mitrale. Endartérite. Hématocèle. Hémorrhagie sous-piemérienne.

XXXII. — 28 ans, non vaccinée. Variole confluente hémorrhagique. Menstruation normale. Prodromes intenses. Eruption après moins de quarante-huit heures. Dernière époque terminée il y a quinze jours. Septième jour, hémoptysie, huitième jour, métrorrhagie arrêtée le lendemain. Hémorrhagies pustuleuses. Prostration extrême. Suffusions hémorrhagiques. Mort le douzième jour. Pleurésie sèche récente. Endocardite mitrale apparue le septième jour. Le bord libre est hérissé de petits points rougeâtres, traces d'endocardite récente. L'ovaire contient un corps jaune, devenu rouge par hémorrhagie, du volume d'un haricot. L'utérus est un peu gros et présente un catarrhe de la muqueuse assez prononcé avec quelques ecchymoses. Larynx couvert de pustules abondantes aussi sur les cordes vocales supérieures.

XXXIII. — 31 ans. Non vaccinée. Variole confluente non hémorrha-

gique. Menstruation arrêtée le deuxième jour de l'invasion. Nausées, constipation; continue néanmoins à travailler. Apparition des pustules de la face à la fin du troisième jour. Le lendemain, réapparition des règles. Dès le troisième jour, endocardite aortique. Dessiccation. Dépression extrême de la malade qui meurt le onzième jour.

Nous ne pensons pas devoir multiplier les exemples. Nous avons voulu montrer surtout que l'action métrorrhagipare n'était pas l'apanage des varioles graves. La métrorrhagie est généralement contemporaine de l'éruption. Nous avons pu nous assurer qu'elle ne se montrait pas exclusivement chez les femmes atteintes d'affections utérines, et. les courbes thermiques témoignent que l'écoulement de sang n'a pas succédé à une hyperthermie ni à une acuité prodromique exceptionnelles.

Ce n'est que dans un cas que l'ovulation récente a été rencontrée à la nécropsie. L'absence d'hyperthermie constante dans les cas de « règles avancées » et d'autre part, l'inconstance de l'écoulement du sang dans tous les cas où la température a été excessive, militent contre l'idée d'une maturation précoce d'un ovule.

Tous les auteurs sont aujourd'hui d'accord pour admettre qu'il n'est pas besoin d'une lésion utérine pour produire l'hémorrhagie. La plupart, et entre autres M. Siredey (Dict. de Jaccoud, art. Métror.), pensent que, dans le cas de variole, l'hémorrhagie utérine est toujours légère et n'est guère qu'un suintement sanguinolent. Nous ne saurions admettre cette conclusion à laquelle nous pouvons opposer de nombreuses observations. Les autopsies n'ayant pas montré l'existence habituelle de l'ovulation, on ne peut penser que l'on a affaire à de véritables *règles* dans le sens que les physiologistes s'accordent à reconnaître à ce mot. Devons-nous les distinguer nettement des règles, comme le veut Gubler? Nous pencherions volontiers vers cette opinion, tout en ajoutant qu'il est plus sage, dans l'état actuel de la science, de ne formuler aucune conclusion formelle. Car il n'y a encore, à ce sujet, qu'une chose certaine,

c'est la fréquence d'une hémorrhagie utérine dans le cours de la variole.

REVUE DE LA PRESSE

DE LA REORGANISATION DES SERVICES D'ACCOUCHEMENTS DANS LES HOPITAUX *Et chez les sages-femmes agréées* (1).

(MÉMOIRE COMMUNIQUÉ A LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.)

Par le Dr Dubrisay.

Membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

PREMIÈRE PARTIE

Etat actuel.

Si quelque partisan acharné du *statu quo* voulait encore, à l'heure présente, défendre le régime actuel, il n'y aurait qu'à le renvoyer au récit officiel du triste fait qui s'est produit il y a un mois à l'hôpital Saint-Antoine. Je le rappellerai en quelques lignes.

Le lundi de Pâques 18 avril, à 5 heures du matin, une femme en travail depuis plusieurs heures est apportée à l'hôpital. Sans avoir été examinée elle est conduite chez une sage-femme qui, dans la matinée, fait appeler un médecin du bureau de bienfaisance. Sur l'avis de ce médecin, la femme est rapportée à l'hôpital à 10 1/2, dans le service d'accouchements. L'interne de garde constate les faits suivants : La présentation est vicieuse, l'accouchement ne peut se terminer spontanément ; une opération est indispensable.

Conformément au règlement, le directeur envoie un garçon de service chez les chirurgiens du Bureau central dont l'administration lui a donné les noms et les adresses pour les appeler

---

(1) Paris, librairie Alexandre Cocoz, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

en cas d'opérations urgentes et d'accouchements difficiles. Mais on est un jour de fète : pas un des chirurgiens ne répond à l'appel du directeur, et dans la soirée seulement, beaucoup trop tard pour l'enfant qui devait naître, trop tard pour la femme elle-même, l'opération était pratiquée par un accoucheur étranger à l'administration. La malheureuse mourait au bout de 24 heures, par rupture utérine, conséquence d'un travail trop prolongé.

Qui peut-on accuser de cette mort? personne directement, car personne n'était responsable. Le règlement seul est coupable et comme ce fait est le premier du genre, tout ce que l'on peut dire c'est que depuis longtemps le règlement aurait dû être modifié. Pour mieux dire, il n'aurait jamais dû être établi (1).

Tout le monde du reste est d'accord sur ce point : une réorganisation radicale des services d'accouchements s'impose à bref délai.

Projets de réorganisation.

Deux projets sont en présence : l'un, qui est soutenu par M. Le Fort, condamne les Maternités. Toutes ou presque toutes les femmes devront accoucher chez elles ou chez les sages-femmes de l'administration.

D'après le deuxième projet, qui a été défendu par MM. Tarnier, Depaul, Guéniot, Siredey, Trélat, Nicaise, Millard et beaucoup d'autres médecins et chirurgiens des hôpitaux, les femmes qui se présentent pour accoucher, seront, les unes admises dans les hôpitaux, les autres renvoyées chez les sages-femmes dites *agréées* (2).

---

(1) Depuis lors, les chirurgiens du Bureau central ont établi entre eux un service de roulement; mesure transitoire dont on ne saurait se contenter.

(2) La question des accouchements au domicile des femmes par les sages-femmes du bureau de bienfaisance ne peut être traitée ici. Elle se rattache à la grande question du traitement à domicile pour l'examen de laquelle une commission a été nommée par le ministre de l'intérieur.

A l'appui de son projet, M. Le Fort met en avant les données de la statistique.

En 1875 il s'est fait dans les hôpitaux généraux 3,437 accouchements sur lesquels il y eut 122 décès : 14 dans des cas où il y avait eu des complications, 107 dans des cas où la grossesse avait été normale. « Par conséquent, dit M. Le Fort, la morta- « lité, même dans les cas d'accouchement normal, avait été « d'une accouchée sur 32. »

En 1878 il s'est fait dans les hôpitaux 4,293 accouchements ayant amené 93 décès, ou 1 décès sur 45 accouchements : tandis que 2,931 accouchements faits chez les sages-femmes agréées n'ont donné que 19 décès ou 1 décès sur 154 accouchements.

Les adversaires de M. Le Fort répondent qu'à une statistique exactement tenue pour les hôpitaux, on ne peut opposer qu'une statistique inexacte en ce qui regarde les sages-femmes; que les faits ne sont pas comparables, que les accouchements difficiles sont réservés aux hôpitaux, les accouchements simples aux sages-femmes; que les femmes, devenues malades chez les sages-femmes, sont renvoyées chez elles ou dans les services généraux des hôpitaux; qu'un certain nombre de cas de morts, applicables à la statistique des sages-femmes, échappe ainsi à toute recherche.

A ces objections, basées sur des faits parfaitement authentiques, il faut ajouter que les critiques de M. Lefort s'adressent seulement aux Maternités anciennes : que dans ces dernières années le développement de la méthode antiseptique, l'observation plus rigoureuse des préceptes de l'hygiène, une dissémination plus grande des accouchées bien portantes, l'isolement des accouchées malades, ont modifié les conditions dans lesquelles se trouvaient les Maternités. Ainsi, à Cochin, en 1878, sur 737 accouchements, avec deux céphalotripsies, 35 forceps et 5 versions, on n'arrivait qu'à 8 décès, c'est-à-dire 1,06 0[0. A Lariboisière la mortalité n'est que de 1,5 0[0. Au pavillon Tarnier la proportion est plus favorable encore. En pays étranger, à la maternité de Prague, qui est en même temps un hô-

pital d'enseignement, la mortalité est de 0,36 en 1879, 0,46 en 1880.

Nous reconnaissons que les conditions nécessaires pour arriver à ces résultats favorables sont encore exceptionnellement appliquées à Paris ; que beaucoup de nos hôpitaux sont bien loin de les présenter, mais la voie est ouverte et l'administration ne peut reculer devant les sacrifices indispensables.

Il serait d'ailleurs impossible de faire accoucher toutes les femmes ou presque toutes chez les sages-femmes. Les sages-femmes sont relativement peu nombreuses à Paris, — elles sont généralement mal logées. Il faut donc craindre de produire chez elles de l'encombrement, et enfin un certain nombre d'entre elles ne présentent pas toutes les garanties désirables au point de vue de l'instruction ou de la moralité.

En face de ces diverses considérations nous nous rangeons à l'avis de la commission et nous pensons que les femmes qui se présentent pour accoucher, devront, suivant les conditions dans lesquelles elles se présentent être envoyées les unes chez les sages-femmes, les autres dans les salles des hôpitaux.

Services d'accouchements dans les hôpitaux.

Avec M. Siredey et avec la commission Nicaise, nous penso que les services dans les hôpitaux doivent être divisés en deux catégories.

La première se compose de grands services d'accouchements à installer ou à maintenir dans certains hôpitaux, qui seront désignés d'après leur position et d'après le nombre d'accouchements qui s'y font annuellement.

La deuxième catégorie se compose de services moins importants comme nombre de lits.

Seules, les accouchées bien portantes seront maintenues dans les salles d'accouchements.

Pour le moment et jusqu'à ce que des salles d'isolement aient été créées dans tous les hôpitaux, les accouchées devenues malades seront immédiatement transportées dans les services gé-

néraux de médecine *où elles seront soignées par les chefs de ces services.*

Personnel médical dans les services d'accouchement. — Dans tout service d'accouchement le personnel médical se compose:

D'une sage-femme;

D'un interne en médecine;

De deux externes;

D'un chef de service.

A aucun prix nous ne pouvons admettre l'idée de M. Nicaise qui propose de laisser les services de la deuxième catégorie annexés aux services de médecine. Quand un accouchement difficile se présenterait dans l'un de ces services, il faudrait, comme aujourd'hui, courir après un accoucheur qu'on ne trouverait pas plus vite qu'on ne le trouve aujourd'hui, qui, l'opération faite, ne suivrait pas son opérée; qui n'aurait la responsabilité ni du service ni des suites de l'opération. Ce système est absolument condamné et nous indiquerons dans la deuxième partie de ce projet à qui ces services devront être confiés.

Des accouchements chez les sages-femmes agréées.

Service médical chez les sages-femmes. — Toute femme en couches qui réclame le secours de l'administration, qu'elle soit admise dans les hôpitaux ou renvoyée chez une sage-femme, a droit à la même protection de la part de l'administration, aux mêmes soins de la part des médecins.

Les femmes admises chez les sages-femmes devront donc être visitées par le directeur de l'hôpital de la circonscription ou par l'un de ses employés; — elles devront de même être soignées par un médecin titulaire: aussi bien qu'à l'hôpital, elles ne sortiront de chez la sage femme qu'après signature, sur une pancarte. du chef de service qui atteste qu'elles sont en état de sortir.

L'expérience a prouvé que les soins donnés par les médecins du bureau de bienfaisance sont illusoires (1), et quant au sys-

(1) Des faits récents que l'on peut citer le prouvent.

tème auquel on songerait, paraît-il, à revenir : une surveillance exercée par les anciens internes candidats au bureau central, la solution serait encore plus mauvaise.

Ces jeunes gens n'appartiennent plus à l'administration qui n'a sur eux aucune autorité. De ce qu'ils ont été internes il n'en résulte pas du tout, au moins pour le moment, qu'ils sachent les accouchements. Le titre de docteur leur donne sans doute le droit de pratiquer la médecine, la chirurgie et les accouchements, mais tout le monde sait qu'en ville, chez les riches comme chez les pauvres, dès qu'il s'agit de pratiquer une opération obstétricale, on va chercher un spécialiste. — Si c'est là ce que les anciens internes devront faire, nous en revenons toujours au système d'anarchie contre lequel nous nous élevons (1). Enfin quelle sera la durée de cette coopération bénévole? Si un candidat reste éternellement candidat, sera-ce après 4 ans, 5 ans ou 10 ans que l'administration le reconnaîtra incapable de continuer des fonctions qu'elle l'avait jusqu'alors jugé capable de remplir?

La solution par les anciens internes est mauvaise ; nous verrons plus loin à qui doit être confié le service des sages-femmes.

En ce qui est du choix des sages-femmes, de l'installation des consultations et du mode d'admission dans les hôpitaux, nous sommes, à quelques modifications près, de l'avis de la commission.

DEUXIÈME PARTIE.

Mode de nomination du personnel médical dans les services d'accouchements.

Sur cette 2e question, nous ne saurions mieux faire que de reproduire textuellement les pages suivantes du rapport présenté

(1) On dit, il est vrai, que chez les sages-femmes on n'enverra que les accouchements faciles. Comment s'y prendra-t-on? Qui peut dire que chez une femme, une application imprévue de forceps ne deviendra pas indispensable?

par M. Siredey, au nom de la commission composée de MM. Trélat, Millard, Tarnier, Guéniot et Siredey:

En résumé, votre Commission vous propose la création de quatre services définitifs ayant chacun un accoucheur titulaire pour les hôpitaux de : Ménilmontant, Saint-Louis, Lariboisière, la Charité; et la création de deux services, sous la direction temporaire de deux accoucheurs du Bureau central, pour : Beaujon, Necker, d'une part; Pitié, Saint-Antoine, Lourcine, d'autre part.

La Commission, respectueuse des droits acquis par un concours antérieur, et convaincue qu'aucune décision administrative ne peut les retirer, rappelle que les chirurgiens actuels de la Maternité et du service d'accouchement de Cochin peuvent selon leur volonté, soit rester dans les places qu'ils occupent actuellement, soit prendre la direction d'un service de chirurgie générale auquel ils peuvent prétendre par leur rang d'ancienneté.

De même, tous les chirurgiens nommés au concours, avant la mise en vigueur du nouveau règlement, ont le droit de succéder, en cas de vacance, aux chirurgiens actuels de la Maternité ou de Cochin.

Ce ne sera donc que lorsque tous les chirurgiens actuels du Bureau central auront atteint la limite d'âge, ou s'il arrivait qu'aucun d'eux ne voulût prendre la direction de ces services, que ceux-ci seront dévolus aux accoucheurs à nommer. Au contraire, les services créés dans des hôpitaux leur seront exclusivement affectés.

On fera donc face aux exigences du service, en nommant quatre accoucheurs titulaires et deux accoucheurs du Bureau central. Mais, pour sauvegarder les difficultés et l'honneur du concours, *deux places seulement seront données après la promulgation du présent règlement*, et une seulement, d'année en année, pour compléter les six places que nous demandons.

Cette mesure aura pour effet de permettre aux candidats de faire des études préparatoires sérieuses et de se présenter en plus grand nombre. Les quatre accoucheurs nommés les premiers seront répartis, comme nous l'avons déjà indiqué, dans les hôpitaux de Ménilmontant, Saint-Louis, Lariboisière et la Charité.

Dans le cas où l'on n'accorderait d'abord que deux places de titulaires, celui des deux accoucheurs du Bureau central qui serait chargé de Beaujon et de Necker, adjoindrait à son service l'hôpital de la Charité.

Les accoucheurs peuvent concourir au même âge que les chirurgiens, et, comme eux, devenir honoraires dans les mêmes conditions. Ils se succèdent dans les hôpitaux d'après le rang d'ancienneté de nomination au concours, selon le mode observé par les médecins et les chirurgiens. En d'autres termes, c'est toujours le plus ancien qui a le droit de prendre le service disponible.

Les accoucheurs du Bureau central font, comme leurs collègues médecins et chirurgiens, le service de réception des malades. Ils remplacent les titulaires en congé. Ils n'ont pas de service permanent dans les hôpitaux qui leur sont attribués, mais ils doivent s'y rendre lorsqu'ils y sont appelés pour les besoins du service. Ainsi, l'un des accoucheurs du bureau central sera chargé, comme il a été déjà indiqué, du service de Beaujon et de Necker. et l'autre de Saint-Antoine, la Pitié et Lourcine.

Le stage au Bureau central sera de cinq ans. L'accoucheur sortant rentrera en fonctions dans les hôpitaux, à la premiére vacance. Il y aura par conséquent un concours règlementaire tous les cinq ans. En outre, chaque accoucheur du Bureau central ou titulaire, en cas de décès ou de démission, sera remplacé dans le plus bref délai selon le mode usité pour le recrutement des médecins et des chirurgiens.

Matières du concours. — Mode de recrutement.

La Commission, toujours préoccupée d'assurer chez les candidats des garanties de savoir analogues à celles que fournissent les médecins et les chirurgiens, a mis tous ses soins à la rédaction du programme qu'elle vient soumettre à votre approbation.

Le concours comprend deux séries d'épreuves : *éliminatoires et définitives. — Les épreuves éliminatoires* sont au nombre de quatre ; les deux premières portent sur les accouchements, et consistent en une épreuve clinique. Les deux autres ont pour sujet ; l'une l'anatomie et la chirurgie, l'autre la médecine opératoire.

La Commission a cru devoir imposer aux candidats un nombre égal de questions sur les accouchements et la chirurgie proprement dite. Les accoucheurs devront ainsi fournir la mesure de leurs connaissances spéciales en accouchements, et montrer, par l'étendue de leurs notions anatomiques et chirurgicales, qu'ils sont aptes, non seulement à pratiquer les manœuvres obstétricales, mais aussi les opérations qui peuvent se présenter soit chez la mère, soit chez l'enfant.

C'est dans ce but que la Commission a voulu imposer une question écrite sur un sujet d'anatomie et de chirurgie, et la même épreuve de médecine opératoire que celle qui est exigée des chirurgiens.

Les deux épreuves définitives portent sur une question clinique afférente, l'une aux accouchements, l'autre à la chirurgie. Par contre, la médecine proprement dite y est complètement étrangère.

C'est qu'en effet, la Commission restant fidèle à l'opinion déjà formulée plusieurs fois, pense que les accoucheurs n'ont de raison d'être introduits dans dans les hôpitaux que pour y pratiquer les opérations obstétricales et donner leurs soins aux femmes accouchées valides. En n'insérant au programme aucune question médicale, elle affirme une fois de plus son intention qu'ils ne doivent garder dans leur service aucune femme malade.

Par conséquent, pour éviter toute confusion ou tout semblant d'usurpation de titre, les nouveaux chefs de service que nous proposons de nommer prendront la qualification d'accoucheurs des hôpitaux, sans y ajouter celle de médecins, puisqu'ils n'ont subi aucune épreuve pouvant leur conférer ce titre, non plus que celle de chirurgiens, puisqu'ils ont des attributions tout à fait différentes.

Les épreuves éliminatoires comprennent donc : 1° Une leçon théorique sur un sujet d'accouchement ; — 2° Une épreuve clinique, après examen d'une femme admise dans un service d'accouchement ; — 3° Une épreuve écrite d'anatomie et de chirurgie ; — 4° Une épreuve de médecine opératoire identique à celle qui est imposée aux chirurgiens.

Les épreuves définitives sont : 1° Une épreuve clinique sur un ou sur une malade de chirurgie ; — 2° Une consultation écrite, après examen d'une femme enceinte ou accouchée.

La valeur de chaque épreuve subie par les candidats sera appréciée par des points dont le maximum sera 20, excepté pour la première où il sera de 30, en raison de la nature et de l'importance de cette épreuve, eu égard à la spécialité du concours.

Le jury du concours, pour la nomination aux places d'accoucheurs des hôpitaux, sera composé de la façon suivante, pendant un temps plus ou moins long, jusqu'à ce qu'il existe un nombre suffisant d'accoucheurs, soit en exercice, soit à la retraite : 2 médecins des hôpitaux; 2 chirurgiens des hôpitaux ; 3 accoucheurs ou chirurgiens ayant dirigé dans les hôpitaux un service spécial d'accouchement.

Les accoucheurs feront aussi partie des jurys des concours pour le

service de santé. Les jurys, à l'avenir, seront composés ainsi qu'il suit :

A — *Pour les médecins du Bureau central :* 6 médecins des hôpitaux ; 1 chirurgien ou 1 accoucheur, suivant que le sort décidera, les noms des accoucheurs étant mis dans une urne concurremment avec ceux des chirurgiens. — Mais un seul accoucheur pourra faire partie du jury.

B. — *Pour les chirurgiens du Bureau central :* 1 médecin des hôpitaux, 6 chirurgiens ou 5 chirurgiens des hôpitaux et 1 accoucheur suivant que le sort décidera. En aucun cas, le jury ne comprendra plus d'un accoucheur.

C. — *Pour les prix de l'internat ; pour le concours du prosectorat, pour ceux des pharmaciens en chef des hôpitaux*, un accoucheur pourra faire partie du jury quand son nom sortira de l'urne, dans un tirage fait d'après les conditions spécifiées à propos du concours des chirurgiens et des médecins. Mais, jamais, dans le jury, ne pourra se trouver plus d'un accoucheur.

D. — *Pour l'internat :* 3 médecins, 3 chirurgiens, 1 accoucheur. A toutes les épreuves orales de ce concours, l'une des questions arrêtées par le jury portera, ou pourra porter, sur un sujet d'accouchement ou afférent aux accouchements.

E. — *Pour l'externat :* Les chirurgiens et les accoucheurs du Bureau central pourront indistinctement faire partie du jury pourvu qu'il n'y ait pas plus d'un accoucheur.

Règlement du service.

Ainsi que nous l'avons dit dans la première partie, le personnel de chaque service d'accouchement comprend : 1° un accoucheur titulaire ; 2° un interne ; 3° deux externes ; 4° une sage-femme.

1° Les attributions de l'accoucheur titulaire sont les mêmes que celles des médecins et des chirurgiens des hôpitaux dans leurs services respectifs. Il a sur son personnel une autorité absolue conforme à sa responsabilité. Il fait lui-même ou fait faire sous sa direction et sous sa responsabilité, les accouchements naturels, ou les opérations qu'il pense pouvoir confier aux élèves ou à la sage-femme.

Il soigne les femmes accouchées valides qui séjournent dans le service jusqu'à leur sortie de l'hôpital. Mais, comme nous l'avons déjà dit, dès qu'une femme accouchée tombe malade, il la fait immédia-

tement passer, de la salle des femmes en couches, dans un des services de médecine de l'hôpital. Le chef de service a la surveillance des femmes placées chez les sages-femmes pour y faire leurs couches.

Il doit se rendre chez ces dernières quand son intervention est jugée utile, veiller à ce que les accouchées reçoivent les soins nécessaires, et à ce que les précautions hygiéniques en vue de la prophylaxie des maladies puerpérales soient toujours observées rigoureusement. Il expédie d'urgence à l'hôpital les femmes et les nouveaux nés malades.

2° Un interne est attaché spécialement à chaque service d'accouchement, — non seulement à ceux qui seront confiés à des accoucheurs, mais à tous les services de femmes en couches qui contiennent plus de 16 lits, — à l'exception de Lourcine, qui est plutôt une infirmerie de femmes enceintes syphilitiques qu'un véritable service d'accouchement.

Ainsi, chacun des médecins chargés d'un de ces services, en attendant qu'il soit placé sous la direction d'un accoucheur titulaire, aura deux internes, dont l'un sera affecté à la salle des femmes en couches exclusivement, et l'autre aux salles de médecine générale.

Cette mesure trouve sa raison d'être dans ce fait qu'avec l'organisation actuelle, les internes étant constamment en rapport avec des malades atteints d'affections contagieuses, étant de plus appelés à faire des pansements pour des suppurations abondantes et fétides, ou obligés de se livrer à des recherches d'anatomie normale et pathologique, sont à bon droit regardés comme des agents puissants de propagation des maladies transmissibles.

Par conséquent, l'adjonction à chaque service d'accouchement, d'un interne spécial, qui n'aurait aucun rapport avec les autres malades de l'hôpital et ne ferait jamais d'autopsie ni aucune dissection, est une des réformes qui s'imposent le plus impérieusement. L'interne, en l'absence du chef de service, le supplée dans les cas simples, et le fait prévenir dans les cas difficiles. En cas d'urgence, il en informe autant que possible le directeur, et il intervient avec le concours des internes présents à l'hôpital.

L'interne supplée encore le chef du service pour visiter les femmes placées chez les sages-femmes qui le font demander, — soit qu'il s'agisse d'un accouchement difficile ou d'un accident survenu pendant le travail, soit qu'il s'agisse d'une maladie, — et, le lendemain

il rend compte à son chef de service de ce qu'il a observé. En cas d'urgence, il fait prévenir immédiatement le chef de service, ou il fait transporter la malade à l'hôpital. En cas d'absence de l'interne du service, le directeur peut requérir d'urgence l'un des internes de l'hôpital. En dehors de ces circonstances exceptionnelles, aucun élève étranger, interne, externe, stagiaire ou bénévole, ne peut entrer dans la salle des femmes en couches sans la permission écrite et signée du chef de service.

3° Les externes des services d'accouchements auront au moins douze inscriptions. Ils devront suivre la visite, tenir les cahiers, aider dans les opérations, et exécuter les prescriptions qui leur sont faites par le chef de service. — Une sage-femme remplace la religieuse. Elle en remplit les fonctions. Elle a le rang de surveillante au point de vue administratif, et elle a sous ses ordres les infirmières. — Par ses connaissances spéciales, elle est d'ailleurs, dans la mesure jugée utile par le chef de service, son auxiliaire naturel.

A ce projet très complet. et comme on le voit longuement étudié, M. Nicaise, rapporteur d'une 2° commission, composée de MM. Trélat, Guéniot, Polaillon, Lucas-Championnière et Nicaise, oppose un projet assurément fort simple qui peut être ainsi formulé:

1° Les services spéciaux d'accouchement sont confiés aux chirurgiens ordinaires des hôpitaux.

2° Tout chirurgien qui entre dans les services spéciaux d'accouchement s'engage à y rester pendant au moins 5 ans.

En outre de son propre service, le chirurgien de chaque service spécial, est chargé des opérations obstétricales dans les divers hôpitaux qui lui sont attribués.

3° Une épreuve spéciale de tocologie est introduite dans le concours pour la nomination des chirurgiens du bureau central.

Pour apporter dans la discussion toute la clarté désirable, nous examinerons d'abord les objections présentées par M. Nicaise au projet de M Siredey.

Nous exposerons ensuite les critiques dont le projet de la commission Nicaise nous paraît être passible.

Objections présentées par M. Nicaise : de la spécialisation.

1° L'objection capitale présentée par M. Nicaise et par certains chirurgiens est la suivante : La création d'un 3° ordre de fonctionnaires hospitaliers, dits accoucheurs, ouvre la porte aux spécialités et l'on sait qu'on peut aller loin en fait de spécialisation.

« Ce qui fait la gloire de la médecine française, dit M. Le « Fort, c'est l'état-major recruté après des concours sérieux, et « qui, on a le droit de le dire, est dans son ensemble et par son « ensemble sans rival au monde. L'obstétrique est une spécia« lisation assez étroite de la chirurgie, et si l'on créait dans nos « hôpitaux, des accoucheurs qui n'auraient dans les concours « qu'à faire preuve de connaissances anatomiques, physiolo« giques et pathologiques, limitées à l'art des accouchements, « on porterait une atteinte sérieuse à la juste considération de « notre corps médical hospitalier.

« Aussi, ajoute plus loin M. Le Fort, si je faisais un concours « spécial d accouchement, j'obligerais les accoucheurs, par des « épreuves théoriques, cliniques et pratiques d'ordre chirurgi« cal et d'ordre obstétrical, à montrer qu'ils possèdent les con« naissances générales étendues qu'on a le droit d'exiger de « tous ceux qui aspirent à l'honneur et à la lourde responsabi« lité de diriger un service d'hôpital.

1° Ce que demande M. Le Fort au sujet du concours, c'est ce que nous demandons nous-mêmes. C'est ce qu'à proposé la commission dont M. Siredey fut le rapporteur; pour s'en convaincre il suffit de relire le chapitre intitulé : Matières du concours (page 11).

2° En ce qui est des bornes restreintes dans lesquelles l'obstétrique est renfermée, à l'opinion de M. Le Fort nous opposerons celle de Velpeau : « La science des accouchements est une « des branches *les plus importantes* et les plus positives de la « médecine. Comprenant tout ce qui concerne la reproduction « de l'homme, elle embrasse nécessairement un *vaste domaine*

« et s'occupe presque toujours de deux êtres à la fois dans ses « moyens d'application. Exigeant une étude approfondie de ce « qu'elle renferme de spécial, une expérience, des exercices qu'on « ne peut guère rencontrer que chez ceux qui en ont fait le « sujet de longues méditations ; ayant d'ailleurs des limites « exactement tranchées, elle peut être détachée sans danger du « grand arbre médical à titre de rayon particulier ou de pra- « tique distincte. » Et nous ajouterons : Ce qui était vrai alors, l'est assurément bien plus aujourd'hui.

3° Nous ne pouvons qu'applaudir à ce que dit M. Le Fort et du mérite du corps médical, et des inconvénients qui résulteraient de l'invasion des spécialités. Mais en vérité la question des spécialités n'a rien à faire dans la discussion présente.

On dit que les accoucheurs une fois acceptés, avant six mois tout espèce de spécialités aura franchi la barrière du Bureau central. Si cela devait être, les accoucheurs n'y seraient pour rien, pas plus que les médecins ou les chirurgiens. Les maladies des yeux, des oreilles, des voies urinaires, etc., sont absolument des branches de la chirurgie : on ne peut ni on ne doit les en séparer. Mais, entre l'obstétrique et la médecine ou la chirurgie, de par la nature même il y a une barrière. La médecine étudie la maladie, l'obstétrique étudie une fonction, et comme la fonction peut être entravée par une maladie, ou nécessiter une opération, l'accoucheur doit être médecin et chirurgien, c'est ce que nous demandons ; tout au contraire on peut être un excellent médecin ou un très bon chirurgien (cela se voit tous les jours) et ne rien savoir en obstétrique. En un mot, il faut en prendre son parti, la médecine considérée dans l'acception générale du mot, se divise en trois branches : la médecine proprement dite, la chirurgie et l'obstétrique (1).

(1) Cette trilogie si naturelle, si certaine, n'a pu entrer encore dans l'esprit des médecins français, en général, et surtout de ceux de la capitale qui donnent le ton. L'obstétrique n'est toujours pour eux qu'un appendice de la chirurgie et en fait d'accouchement il ne peut être question que d'opérations manuelles ou instrumentales. Ces opérations elles-mêmes leur paraissent de si

Quittons du reste les généralités et passons à l'étude des faits.

Pour être accoucheur, nous dit-on, il faut avoir *des connaissances générales étendues; il faut être en état de subir un vrai concours;* il faut, en un mot, a écrit un chirurgien, *être un encyclopédiste.*

La prétention nous paraît un peu forte, et nous demandons où sont dans les hôpitaux les *encyclopédistes?* Quand, après un concours sérieux, les jeunes gens arrivent à l'internat, ils entrent tout d'abord, suivant le rang de leur classement, dans les services qu'ils trouvent vacants, médecine ou chirurgie, plus généralement chirurgie.

Dès la deuxième année, au plus tard à la troisième, suivant leurs goûts et leurs aptitudes, ils se divisent en trois catégories :

Les futurs médecins se cantonnent dans les services de médecine : ils font de la clinique interne, de la physiologie, de l'histologie, etc.

Les chirurgiens vont exclusivement dans les services de chirurgie, et s'adonnent à la clinique externe, à l'anatomie, aux dures et laborieuses préparations du concours d'adjuvat.

Les accoucheurs, moins nombreux, s'attachent aux services d'accouchement : à défaut de places, ils vont dans les services de médecine auxquels sont annexés des accouchements, et tout leur temps est absorbé par la clinique obstétricale, dont le caractère dominant est l'imprévu, et qui, par cela même, les oblige à une présence plus assidue à l'hôpital.

Devenus docteurs, les médecins se présentent au clinicat, à l'agrégation et au concours du bureau central.

Les chirurgiens se présentent au prosectorat, au clinicat, à l'agrégation et au concours du Bureau central.

---

peu d'importance que l'officier de santé qui, pour pratiquer une opération chirurgicale, doit se faire assister par un docteur, peut impunément faire des versions, appliquer le forceps, perforer la tête d'un enfant mort ou vivant, céphalotriber, embryotomiser! Tout cela n'est rien : mais pour une amputation de membre, une extirpation de tumeur, il lui faut l'assistance d'un docteur.
(Stoltz. *Lettres obstétricales de Siebold.*)

Les accoucheurs se présentent au clinicat et à l'agrégation. Mais la porte des hôpitaux leur a été fermée jusqu'ici.

Pourquoi cette exclusion? Pourquoi priver les femmes des hôpitaux des soins éclairés que leur donneraient des hommes instruits?

On les traite de *jeunes spécialistes*. Il faut craindre, dit-on, une *spécialisation hâtive*. En quoi ces ex-internes, qui sont du même âge que leurs collègues, qui ont passé par les mêmes études, par les mêmes épreuves générales, sont-ils plus spécialistes que les futurs chirurgiens qui n'ont fait et qui ne savent que de la chirurgie? On nous redira la phrase dédaigneuse que nous avons citée plus haut : L'obstétrique est une spécialisation assez étroite de la chirurgie.... Cette trop facile réponse ne fait que nous rappeler les temps encore peu éloignés, où, coiffés de leurs bonnets pointus et drapés dans leurs longues robes, les docteurs en médecine de l'Université de Paris traitaient d'infimes barbiers les précurseurs des Velpeau, des Nélaton et des Verneuil.

A cette époque aussi, sans doute, la chirurgie passait pour une spécialité étroite de la médecine. Depuis lors, les chirurgiens ont pris leur revanche.

2° *Inconvénients d'un concours spécial.* — L'intérêt des malades, dit M. Nicaise, est mieux sauvegardé par le concours général que par le concours spécial. Qu'on spécialise les services et non les concours. D'ailleurs, si l'on fait un concours spécial, quels seront les concurrents? et l'on cite, par analogie, un concours d'aliénation mentale dans lequel pour deux places il n'y avait que quatre concurrents. Pour l'aliénation mentale, la réponse était simple, et a été faite. Pour les accoucheurs elle n'est pas moins facile. Les concurrents seront les anciens internes des services d'accouchement : les chefs de clinique, il y en a un tous les deux ans; les agrégés, il y en a un tous les trois ans; et si, malgré tout, les concurrents étaient en petit nombre, ce qui ne sera pas, il suffirait, pour calmer les inquiétudes de la commission, de lui rappeler la période de 1864 à 1867 pendant laquelle les concurrents au Bureau central de chirurgie étaient si

peu nombreux que les éliminations à la suite des premières épreuves étaient à peu près nulles. De cette période cependant date une pléiade de chirurgiens dont l'administration s'honore à juste titre.

Quant aux malades, quant aux femmes en couches, leur intérêt direct est d'être soignées, d'être accouchées, d'être opérées, s'il y a lieu, par des gens qui aient appris à le faire. Nous avons dit plus haut comment sont employées les années d'internat. Seuls les anciens internes des services d'accouchements connaissent réellement les accouchements.

3° *Pour faire les accouchements il faut des opérateurs.*

En obstétrique, dit M. Nicaise, *on se trouve en face des opérations les plus graves, celles qui demandent le plus de sang-froid et d'habileté opératoire, ce qui ne s'acquiert que par la longue préparation de la chirurgie.* Plus loin : *C'est donc à des opérateurs qu'il faut les confier.* Plus loin encore : *Ce sont donc des opérateurs qu'il faut, c'est-à-dire des chirurgiens.* Je ferai remarquer en passant que dans son premier mémoire de 1878, page 11, M. Nicaise avait dit : *Les services d'accouchements doivent rester confiés à des médecins. La conduite des complications de la grossesse et des suites de couches sont plus du ressort de la médecine que de la chirurgie.* Cette contradiction apparente veut dire tout au moins que pour soigner des femmes en couches, il faut être à la fois médecin et chirurgien, c'est-à-dire accoucheur,

Quoi qu'il en soit, dans les accouchements compliqués, est-ce qu'il n'y a à faire que des opérations ?

L'indication du moment où il faut agir, la mensuration du bassin, l'appréciation de la résistance des parties, les moyens à employer immédiatement pour arrêter une hémorrhagie qui en quelques minutes peut être mortelle, etc., etc., « tout cela « exige, dit Velpeau, une étude approfondie, une expérience « journalière et des exercices qu'on ne peut guère rencontrer « que chez ceux qui en ont fait le sujet de longues méditations.

Considérons en elles-mêmes les opérations.

Au point de vue de la médecine opératoire générale, les chirurgiens et les accoucheurs du Bureau central seront sur le même rang; les uns comme les autres auront été internes en chirurgie, et, dans les deux concours, les épreuves opératoires seront les mêmes. (Voir le chapitre: *Matières du concours*, projet Siredey, p. 11.)

Au point de vue obstétrical, les accoucheurs qui auront été internes dans les services d'accouchement auront assurément l'avantage.

On parle de longue pratique chirurgicale. Mais le jour où l'on devient chef de service, que l'on soit chirurgien ou accoucheur, quelle pratique personnelle a-t-on? A ce point de vue même, l'avantage serait encore du côté des accoucheurs, car plus d'une fois dans des cas graves et pressants, soit comme internes, soit comme chefs de clinique, ils auront dû remplacer leurs chefs de service.

Quel rapport y a-t-il d'ailleurs entre les opérations obstétricales proprement dites, la version, le forceps, l'embryotomie elle-même, et les opérations purement chirurgicales? Une seule, l'opération dite de Porro, rentre dans le domaine de la grande chirurgie. Inventée par un accoucheur M. Porro, professeur d'accouchement à l'Université de Pavie, elle a été pratiquée en tout 64 fois en Europe, et a donné 28 succès. Sur 64 opérations, 52 ont été pratiquées par des accoucheurs — 4 par un chirurgien — et pour les 8 dernières, je n'ai pu établir si elles avaient été faites par des accoucheurs ou par des chirurgiens.

4° *Exemples de MM. Depaul et Tarnier.* — Les chirurgiens citent les exemples de MM. Depaul et Tarnier, qui, pour arriver à un service d'accouchement, ont passé par le concours de chirurgien. On peut leur opposer bon nombre d'autres accoucheurs, tels que Cazeaux, Jacquemier, Blot, etc., dont les ouvrages font autorité, qui ont été ou sont encore membres de l'Académie de médecine, et qu'il eût été fort avantageux pour les malades de ne pas exclure des hôpitaux par un concours uniquement chirurgical.

Mais MM. Depaul et Tarnier n'avaient pas attendu pour se spécialiser, comme a dit M. Nicaise, d'être arrivés au Bureau central : ils étaient déjà accoucheurs quand ils ont concouru et depuis ils sont restés uniquement accoucheurs. M. Depaul, reçu docteur en 1840, arrivait à l'agrégation d'accouchement en 1847, au Bureau central en 1853, devenait, en 1861, chirurgien des Enfants-Assistés, et en 1862, chirurgien de l'hôpital des cliniques.

M. Tarnier, docteur en 1857, était reçu agrégé d'accouchement en 1860, chirurgien du Bureau central en 1865, chirurgien de la Maternité en 1867.

M. Guéniot, qu'on peut citer également, reste par sa seule volonté, depuis 1867, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Assistés, en attendant sans doute un service d'accouchement.

De bonne foi, dira-t-on que ces trois honorables confrères, qui n'ont jamais accepté la direction d'un vrai service de chirurgie, qui n'ont jamais publié que des mémoires ou des ouvrages d'accouchement, qui sont membres de l'Académie, section des accouchements, soient des chirurgiens qui se sont faits accoucheurs ?

Projet de M. Nicaise. — Chirurgiens accoucheurs ; épreuve de tocologie ; séjour de cinq ans dans les services d'accouchement. — Si l'on veut bien se reporter encore une fois à ce que nous avons dit sur l'internat dans les hôpitaux, on comprendra facilement la question que nous formulons ainsi : A quel moment les candidats en chirurgie au Bureau central auront-ils appris leurs accouchements ? Est-ce pendant leurs concours d'adjuvat ou de prosectorat ? Viendront-ils, tout imprégnés de miasmes cadavériques, examiner et toucher une femme enceinte ? Une fois docteurs, ils sont encore prosecteurs, chefs de clinique en chirurgie : de la salle de chirurgie, où il y a des gangrènes, des infections purulentes, des érysipèles, passeront-ils dans la salle d'accouchement ? On le faisait jadis et les femmes en mouraient, aujourd'hui ce serait un crime (1).

(1) Un des plus intelligents et des plus zélés directeurs des hôpitaux, nous

Que sera donc pour des concurrents ainsi préparés l'épreuve de tocologie dont on parle? — M. Le Fort se charge de la réponse : « *Cette épreuve ne sera qu'une vaine formalité ayant la valeur de l'épreuve de médecine légale dans nos concours d'agrégation en médecine. — Comment veut-on qu'un jury composé de chirurgiens ayant pour mission de nommer des chirurgiens tienne un compte sérieux d'une épreuve théorique d'accouchement?*

Un chirurgien, défenseur des chirurgiens, avait déjà répondu dans le même sens — (*Gazette hebdomadaire*, 14 janvier 1881). « Les chirurgiens d'ordinaire, en entrant au Bureau central, « ignorent les accouchements. La commission demande qu'on « introduise dans le concours une épreuve de tocologie : à la « vérité c'est quelque chose, mais nous ne croyons pas à l'efficacité absolue de cette mesure qu'il faut cependant « adopter. »

Au point de vue administratif, l'adoption de cette épreuve présente un singulier résultat. Etant donné qu'il est indispensable de demander aux chirurgiens une garantie supplémentaire, c'est au plus tôt dans onze ans que les chirurgiens présentant cette garantie arriveront dans les hôpitaux. Jusque-là, sauf quelques cas de décès malheureusement possibles, il n'y aura pas de places de titulaires, et il y a déjà au Bureau central 13 chirurgiens expectants.

Sans nul doute, un chirurgien du Bureau central, homme jeune, instruit, habitué au travail, qui voudra devenir accoucheur, le deviendra dans un temps relativement assez court ; mais qu'il le soit alors d'une manière permanente et jusqu'à la fin de sa carrière hospitalière, comme le médecin reste médecin, comme le chirurgien reste chirurgien.

Le projet Nicaise ne fait que transformer les chirurgiens du

---

racontait qu'il y a trois ou quatre ans, la statistique jusqu'alors très bonne dans la salle d'accouchement de son hôpital était tout à coup tombée d'une manière déplorable. L'interne du service était un élève fort distingué, mais anatomo-pathologiste passionné. Le médecin en chef demanda et obtint un interne spécial pour les accouchements. Au bout de quelques semaines les accidents puerpéraux avaient disparu.

Bureau central en *accoucheurs temporaires, en accoucheurs faute de mieux* ; c'est là ce qu'il faut à tout prix repousser : *ce serait revenir*, dit M. Le Fort, *aux graves inconvénients dont nous avons été témoins jadis pour la Maternité*, « le chirurgien du bureau « central n'ayant aucun goût pour la pratique obstétricale, sera « obligé pour ne pas perdre rang d'ancienneté, de prendre la « direction d'un service d'accouchement. Il se vouera d'autant « moins à l'étude sérieuse de l'obstétrique qu'il n'aura qu'une « préoccupation, voir arriver la fin de son exil pour retourner à « la chirurgie proprement dite. A peine aura-t il acquis l'expé- « rience qui lui manquait au début, qu'il quittera le service « pour être remplacé par un nouveau titulaire qui, à son tour, « et ainsi de cinq ans en cinq ans, aura son éducation à faire « Est-ce là de la bonne administration ? » Sans vouloir forcer la note, nous ajouterons. Est-ce là de l'assistance charitable ?

Conclusions. — En présence des opinions les plus opposées soutenues de part et d'autre par des hommes de mérite et de bonne foi, nous nous expliquons facilement l'embarras dans lequel se trouvent les représentants de l'Administration, et les membres non médecins du Conseil de surveillance.

Nous leur soumettrons, en terminant, les considérations suivantes :

1° En pareille matière, les médecins et les chirurgiens des hôpitaux sont mauvais juges, car ils sont juges et parties ; les uns sont entraînés par un intérêt direct et personnel, les autres par l'esprit de corps.

Les chirurgiens du Bureau central, tout pleins du feu de la jeunesse, tout prêts à se dévouer pour la science et pour l'humanité, frémissent d'impatience à la seule idée que, pendant onze ans, ils seront sans places de titulaires dans les hôpitaux, et ils en seront arrivés à se persuader, à se convaincre, que ne pas leur donner des places qu'on va créer, *sur lesquelles ils n'avaient jamais compté*, c'est les dépouiller de ce qui leur appartient.

Mais en face d'une semblable théorie se dressent le droit et

l'intérêt des femmes et des enfants dont l'administration et le Conseil de sùrveillance sont les garants responsables.

2° Partout en Europe il y a dans les hôpitaux : *médecins, chirurgiens, accoucheurs.*

En France seulement il n'y a dans les hôpitaux que des médecins et des chirurgiens.

C'est dans les hôpitaux français que les statistiques d'accouchements restent aujourd'hui les plus mauvaises.

3° A la Faculté de médecine de Paris,la division existe entre médecins, chirurgiens et accoucheurs ; et jamais, que je sache, les professeurs d'accouchement n'ont été considérés comme inférieurs en quoi que ce soit aux autres professeurs.

M. Nicaise dit, il est vrai, qu'il ne faut pas confondre les besoins de la pratique avec ceux de l'enseignement et des examens et il ajoute que dans les hôpitaux, ce dont il s'agit, c'est de soigner des malades (1).

A l'hôpital des cliniques on en soigne assurément un bon nombre Après Cochin et la Maternité, c'est à la Clinique qu'il se fait le plus d'accouchements, 627 par an. (Rapport de M. Nicaise, p. 10). Aprés la Maternité, c'est encore là qu'il se fait le plus d'opérations, 50 en 1878 (rapport de M. Nicaise) dont 13 embryotomies, et il faut noter qu'en l'absence du professeur, pendant les vacances, les opérations sont faites par des accoucheurs, agrégés de la Faculté qu'on repousse, comme indignes, de l'Administration des hôpitaux.

4° A l'une des dernières séances du Conseil, à propos d'un hôpital à créer sur le bord de la mer, M. Nicaise demandait que l'administration fît pour ses enfants ce que les familles riches font pour les leurs. C'est sur ce que font les riches, disait M. Ni-

(1) Le moment est mal choisi pour écarter la question d'enseignement. Contrairement à l'attente générale, contrairement aux demandes de M. le Doyen lui même, la création d'une deuxième chaire de Clinique obstétricale vient d'être repoussée par la Faculté de médecine. Ce que l'Administration des hôpitaux a déjà fait, on peut le dire, avec éclat, pour l'enseignement de la Clinique interne et de la Clinique externe, elle doit le faire aujourd'hui pour l'enseignement de l'obstétrique.

caise, que l'Administration doit prendre modèle pour traiter les pauvres.

A l'exemple de notre collègue, nous demandons que l'on donne aux femmes pauvres les accoucheurs que les femmes riches appellent.

5° Un exemple plus probant encore est celui que nous donnent les chirurgiens et les médecins des hôpitaux, les professeurs de la Faculté de médecine.

Laissant de côté MM. Depaul, Tarnier et Guéniot que les deux partis réclament, j'ai demandé à quelques-uns de nos accoucheurs quels étaient les accouchements officiels qu'ils avaient pratiqués. Je tiens les noms à la disposition de mes collègues du Conseil :

M. *Blot* a accouché les femmes, filles ou sœurs de :

8 professeurs de la Faculté de médecine de Paris,
4 membres de l'Institut et de l'Académie de médecine,
13 médecins des hôpitaux,
3 chirurgiens des hôpitaux.

M. *Bailly* . . . . . . de :

2 professeurs de la Faculté de médecine,
1 chirurgien des hôpitaux,
1 chirurgien du bureau central,
9 médecins des hôpitaux.

M. *Chantreuil* . . . . de :

2 médecins des hôpitaux,
4 chirurgiens du bureau central.

M. *Budin*. . . . . . . de :

1 médecin des hôpitaux.

M. *Nivert* . . . . de :

3 médecins des hôpitaux,
1 chirurgien des hôpitaux.

M. *Charrier* . . . . . . de :

2 médecins des hôpitaux.

M. *Pinard*. . . . . . . de :

2 professeurs de la Faculté,
1 médecin des hôpitaux,
1 chirurgien des hôpitaux,
2 chirurgiens du bureau central.

Ces chiffres parlent d'eux-mêmes et plus encore les noms qui se trouvent derrière. Aucune explication n'est nécessaire pour en faire comprendre toute l'éloquence.

En finissant, je ne saurais mieux faire que répéter ici la phrase de M. Le Fort :

« Quel est celui d'entre nous qui pour accoucher sa femme « dans un cas où une intervention est nécessaire, ira chercher « un chirurgien quand il pourra demander le service d'un ac- « coucheur ? Faisons pour les autres ce que nous ferions pour « les nôtres. »

REVUE DES JOURNAUX

REVUE SEMESTRIELLE DES TRAVAUX ALLEMANDS

Par le Dr Albert Puech, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Nîmes.

Epispadias féminin. — Une femme de 22 ans qui, depuis sa naissance, offrait un écoulement involontaire d'urine, avait comme à l'habitude les grandes et les petites lèvres bien formées, mais non réunies en haut. Entre elles se trouve un sillon revêtu par une enveloppe ayant les caractères d'une muqueuse. A l'extrémité de ce sillon, c'est-à-dire dans la paroi antérieure du vagin, est une ouverture béante, assez grande, conduisant dans la vessie. Absence complète d'urèthre.

Pour remédier à cet état qui n'a été jusqu'ici observé que par Roser, Gosselin et Kleinwächter, le professeur Schrœder adopta le procédé opératoire suivi il y a une trentaine d'années par Roser, et s'occupa de créer un urèthre artificiel. Voici en quelques mots ce qui fut fait.

L'ouverture vésicale fut fendue par deux incisions latérales et, après avoir avivé à droite et à gauche le sillon, on porta en avant et en haut le lambeau vésical formé par les incisions latérales et le réunit avec les parties avivées, c'est-à-dire avec le sillon. Quatre opérations complémentaires furent nécessaires pour permettre à cette personne de garder l'urine pendant quatre heures dans la cavité vésicale.

A raison de la lenteur avec laquelle ce résultat a été obtenu, on se demande si, à l'imitation d'Emmett, il n'eût pas été préférable de faire tout d'abord une fistule vésicale artificielle, sauf à l'oblitérer dès que l'urèthre aurait été formé. Il est certain que, grâce à cette opération préliminaire, les résultats de l'opération n'eussent pas été compromis par le passage de l'urine (Moricke, *Zeischrift f. Geburtsh. u. Gynak.* t. V, p. 234).

Carcinome de l'utérus survenu à la dix-septième année. — Autant le carcinome s'observe fréquemment de 35 à 50 ans, autant il est d'observation peu commune peu après l'établissement de la puberté. Les cas de ce genre sont faciles à dénombrer. Glutter (*Deutsche Vierteljarheschift f. off. Gerundheits*, 1870) a vu survenir cette lésion sur une fille de 18 ans, Beigel sur une fille de 19 ans, mais la preuve anatomique de cette lésion n'en a été faite que pour le cas suivant. De là son intérêt spécial.

Une fille, à peine âgée de 17 ans, et réglée depuis dix-huit mois, entra le 25 novembre 1878 à la Clinique de Spaeth, se plaignant de douleurs dans le bas ventre et d'hémorrhagies profuses. Le vagin et les culs-de-sac antérieur et postérieur sont sains, mais il y a sur la portion vaginale, à droite du méat, une tumeur pédiculée du volume d'une noix, de consistance dure, qui est enlevée avec facilité. Vu les résultats fournis par le microscope, on ne s'en tient pas là et enlève sept jours après une partie du col. Les 2, 24 février et le 2 mars 1879, on pratique de nouvelles opérations sur la constatation de petites parties de tissus altérés.

Malgré l'activité et l'énergie de la thérapeutique, le 30 mars, c'est-à-dire huit jours après la dernière opération, on constate en arrière de l'utérus une tumeur arrondie du volume d'un œuf. Cette tumeur se développe avec une telle rapidité que quatre semaines plus tard elle remplit les deux régions hypogastriques et s'élève jusqu'au nom-

bril. Concurremment hémorrhagie uréthrale et expulsion de fragments carcinomateux par le méat.

Mort le 25 mai 1879.

Autopsie.—Le petit bassin et une partie du grand bassin sont occupés par une tumeur du volume de la tête d'un homme, qui adhère avec le cæcum et la paroi antérieure de l'abdomen.

L'utérus fortement déjeté à gauche n'est point altéré. Le cul-de-sac supérieur du vagin et la paroi postérieure de la vessie sont perforés en plusieurs endroits. Les ovaires sont détruits. Les ganglions iliaques et mésentériques sont engorgés et infiltrés de matière carcinomateuse. Métastases dans les poumons. D'après Heschl, professeur d'anatomie pathologique de Vienne, il s'agirait d'un *adénome de mauvaise nature*, d'une transformation ultime du carcinome (Schauta, *Wien. med. Wochenschrift*, 1888, n° 37).

Trente-sept ovariotomies. — Sous ce titre, Karl von Rokitansky, fils du célèbre professeur d'anatomie pathologique de Vienne, à publié les résultats de sa pratique de mai 1875 à août 1880. Toutes les observations sont relatées dans leurs principaux détails et toutes les opérations, à l'exception de deux, ont été faites à l'hôpital des femmes de Marie-Thérèse dont le professeur est directeur.

Toutes les opérées ont été anesthésiées ; 11 par le chloroforme et les autres par le mélange de Billroth, formé comme on le sait de 100 parties de chlorotorme, de 30 d'alcool et de 30 d'éther sulfurique.

En y comprenant les erreurs diagnostiques, dont une concerne un fibrome de la paroi antérieure de l'abdomen, on trouve 33 laparotomies, qui se subdivisent de la façon suivante :

24 ovariotomies complètes.

3 — incomplètes.

2 parovariotomies (kystes du ligament large).

3 laparo-hystérotomies.

1 laparotomie pour l'extraction d'un myofibrome utérin pédiculé.

Dans les cinq autres cas, trois fois l'opération fut faite par erreur diagnostique et deux fois pour une hydronéphrose.

En ce qui concerne les ovariotomies, 12 fois l'ovaire droit était malade, 15 fois au contraire l'ovaire gauche était le siège de la lésion.

Celle-ci était 5 fois un kyste uniloculaire prolifère granuleux, 4 fois kystome uniloculaire, prolifère, papillaire, 15 fois kystome glandulaire, colloïde, et enfin 1 fois la tumeur était un kystocarcinome villiforme, 1 fois un kystofibrome et enfin 1 fois un fibrome.

Les sujets étaient 12 fois des filles, 12 fois des femmes, et 3 fois des veuves ; 12 avaient eu des enfants et 15 n'en avaient point eu. 1 seule des opérées avait moins de 20 ans, 9 en avaient de 25 à 30, 6 de 30 à 40, 6 de 40 à 50 et 5 de 50 à 60.

La position de l'utérus était 14 fois en avant de la tumeur, 7 fois derrière et 6 fois non précisée ; 6 malades avaient été ponctionnées une fois, 16 subirent la ponction exploratrice.

La paralbumine n'a pas été constatée dans tous les kystes.

Le pédicule lié avec catgut ou soie et rentré dans l'abdomen a été sur 11 cas suivi 5 fois de mort ; l'application du clamp employée 10 fois n'a donné aucun décès ; enfin dans un cas où on avait rentré en partie le pédicule après avoir lié et appliqué le clamp sur l'autre partie, il y a eu mort. Enfin deux cas dans lesquels il n'y avait pas de pédicule ont été suivis de mort.

Sur 4 cas dans lesquels le contenu du kyste s'épancha dans la cavité péritonéale, il y a eu un décès.

Dans 4 cas, l'application d'un drain a été suivi de mort.

Deux femmes opérées pendant le cours d'une péritonite guérirent.

Les ligatures de catgut n'étaient pas sensiblement modifiées au septième jour (2 fois) et même au onzième jour dans un cas de kyste du ligament large.

Les abcès cutanés de l'abdomen ont été notés deux fois. Les catarrhes de la vessie ont été observés quelquefois, mais une fois seulement cet accident fut violent.

L'érésypèle abdominal a été observé deux fois, ainsi que les infiltrations sous-péritonéales. Enfin dans un cas il y eut paramétrite et pneumonie gauches.

Toutes les ovariotomies furent pratiquées sans *Spray* ; 3 restèrent inachevées ; quant aux autres, il y eut 8 décès = 33,3 % et 16 guérisons = 66,7 %. Enfin l'ensemble des opérations de laparotomie donne 16 morts = 43,2 ; et 21 guérisons = 56,8 % (Karl. v. Rokitansky, *Allg. Wiener med. Zeitung.*, 1880, n°ˢ 46-42).

Vomissements incoercibles guéris par la ponction d'un kyste de l'ovaire.— Une fille de 26 ans ayant eu quatre ans auparavant un premier accouchement a remarqué depuis six mois que son ventre augmentait de volume, quoiqu'elle ne se fût point exposée à une nouvelle grossesse. En même temps qu'elle constatait ce phénomène accompagné d'une sensation de poids très marquée, survenaient des vomissements principalement la nuit et dans la position couchée. Peu à peu les vomissements devinrent plus intenses et amenèrent une dénutrition très marquée.

A son entrée à l'hôpital le 27 septembre 1879, la malade était très amaigrie, anémique, et pouvait faire à peine faire quelques pas. Les organes de la poitrine étaient normaux; par contre, le bas-ventre était fortement bombé par une tumeur molle, à parois lisses, à volume égalant la tête d'un adulte et à fluctuation très manifeste. La tumeur commence à trois travers de droigt au-dessus du nombril, arrive à la symphyse pubienne, et occupe les deux tiers de la moitié droite du ventre. L'utérus, non hypertrophié, repose à gauche et en arrière dans le petit bassin.

Pendant dix jours, on recourut sans succès aux moyens thérapeutiques, mais malgré leur emploi, aidé du régime, les vomissements persévérèrent et accrurent l'épuisement de la malade. En désespoir de cause, on pratiqua la ponction du kyste et retira un litre de liquide brunâtre contenant des cristaux de cholestérine, des corpuscules rouges du sang, et quelques cellules lymphoïdes. Aussitôt après la ponction, les vomissements s'arrêtèrent et ne sont plus revenus. La malade put prendre des aliments et récupéra ses forces avec une telle rapidité qu'un mois après elle était méconnaissable. Quant à l'ovaire droit, siège du kyste, il était alors tellement ratatiné qu'il ne pouvait être constaté que par l'examen bi-manuel (Böhm, *Allg. Wiener med. Leitung*, 1881, p. 7).

Dystocie fœtale par anévrysme de l'aorte. — Le caractère anormal de ce fait observé en Russie me le fait traduire.

Le fœtus se présentait par le siège ; arrivé à la vulve, il y eut un arrêt d'une heure et demie et nécessité d'en faire l'extraction. L'enfant naturellement était mort. L'obstacle à l'accouchement était une tumeur rétro-péritonéale qui avait poussé en avant tous les viscères abdominaux. Cette tumeur, ainsi que le démontra une dissection soi-

gnée, était formée par un anévrysme colossal de l'aorte abdominale. Cet anévrysme commence immédiatement au-dessous de la naissance des artères rénales et finit à la naissance des artères iliaques. Malgré a brièveté de ce trajet, la tumeur a 9 centimètres de largeur en bas et 11 en haut. La formation de cet anévrysme est difficile à expliquer. Quant au cœur, il n'est point anormal ; le ventricule gauche est peut-être un peu dilaté et ses parois n'ont que 2 millimètres d'épaisseur (*Phenomenom n. Centralblatt f. Gyn.*, 1880, p. 626 ; et *Arch. f. Gyn.*, t. XVI, p. 133, où l'auteur a donné la traduction de ce cas curieux avec deux planches explicatives très bien faites.

De l'opération césarienne d'après la méthode de Porro. — Cette question continuant d'être à l'ordre du jour et étant en particulier inscrite parmi celles qu'agitera le prochain Congrès international de Londres, nous signalerons en quelques traits les faits qui ont été récemment publiés.

D'après un travail publié à Copenhague par F. Lévy, au mois de juin dernier, 51 opérations de ce genre avaient été faites dont 23 guérisons et 28 décès pour les mères. Sur 31 cas où l'opération avait été faite peu après le commencement du travail, il n'y avait eu que 10 décès, tandis que lorsque l'opération n'avait été pratiquée qu'après l'épuisement des parturientes, il y avait eu seulement 2 guérisons. Voici maintenant ce qui concerne le pays. A cette date.

Italie,	23	opérations.	8	mères guéries.
Autriche,	12	—	8	—
France,	7	—	4	—
Allemagne,	4	—	0	—
Belgique,	2	—	1	—
Suisse,	1	—	1	—
Russie,	1	—	0	—
Amérique,	1	—	1	—
	51		23	

Voici maintenant quelques faits postérieurs à cette statistique et qui naturellement modifient les résultats de cette opération.

Deux opérations de ce genre ont été effectuées en Italie, la première par, Coggi, la seconde par Peruzzi. Dans la première, il s'agit d'une primi are rachitique dont le bassin était très étroit (65 mm.). L'opération

fut effectuée d'après les règles de Porro et la méthode antiseptique rigoureusement appliquée. A l'exception de vomissements fréquents, de douleurs dans le ventre et de météorisme persistant, les sept premiers jours se passèrent assez bien, car la température et le pouls s'écartaient peu de la normale ; l'écoulement de l'urine était spontamé mais il y avait quelque tendance à la diarrhée. La mort n'en survint pas moins le huitième jour, à la suite d'un collapsus brusquement survenu. A l'autopsie, péritonite générale commencante ; dans le bassin, liquide brun purulent en petite quantité (*Centralblatt f. Gyn.*, 1880, p. 464). Dans le second cas concernant une primipare de 37 ans, naine rachitique (50 mm.), l'opération faite d'après les règles ci-dessus, eut lieu plusieurs heures après l'écoulement des eaux au moment des contractions tétaniques de l'utérus. L'enfant, long de 47 cent., pesant 2,848 grammes, fut extrait vivant. Après l'application d'une ligature de Cintrat l'utérus fut détaché avec le thermocautère. Le drainage vaginal fut pratiqué conformément aux règles posées par Sims. Les suites furent normales. (*Centr. f. Gyn.*, 1881, p. 96.)

Malgré leur légitime réputation de témérité, les Américains se montrent médiocrement enthousiastes de cette opération : à parler en toute franchise ils se tiennent sur la réserve et vont même jusqu'à la critique. Par l'organe de Harris et en s'appuyant sur le relève des faits antérieurs ils montrent qu'elle est plus périlleuse que l'opération césarienne ordinaire, puisque les décès dans ce dernier cas ont été de 42 2|7 0|0, et, dans le premier de 46 0|0. Mais ce n'est pas tout dans le même recueil et le même numéro (*Th. americ. Journal of. med. Science* 1880 juil), il y a une observation d'Isaac E. Taylor, de New-York, dans laquelle le procédé opératoire a été sensiblement modifié. On me dispensera d'entrer dans tous les détails; il suffira de dire que le chirurgien américain laisse en place le placenta, fait une forte ligature provisoire sur le segment inférieur de l'utérus, et place à un pouce au-dessous de celle-ci la ligature permanente. Après avoir extrait l'utérus avec le placenta au moyen du bistouri ou de ciseaux, il abandonne le pédicule dans la cavité pelvienne et s'abstient de tout drainage. La personne chez laquelle ce procedé a été appliqué avait un bassin rétréci qui lors d'un premier accouchement avait nécessité la céphalotripsie. L'opération dura une heure : au sixième jour, les points de suture abdominaux furent extraits. La plaie restant béante dans l'étendue de 35 mm. deux points de suture furent placés à nous veau, et la plaie était oblitérée au quatorzième jour. Trois jours après

il survint une *phlegmatia alba dolens*, qui se termina mortellemont par une embolie de l'artère pulmonaire au vingt-sixième jour au moment ou tout semblait annoncer la guérison.

La première opération de ce genre, pratiquée en Hollande, a été couronnée du succès le plus complet. Elle concerne une primipare de 20 ans à bassin généralement étroit (8 cent. cependant). Pendant un essai de version par les pieds fait dans le sommeil chloroformique, on sentit une rupture et constata dans la région iliaque une tumeur emphysémateuse qui fut interprétée comme un indice de déchirure de l'utérus. En même temps il s'écoula une grande quantité de sang par la vulve. En conséquence, Halbertsma renonça à toute nouvelle tentative de version et se décida à faire l'opération césarienne. Il suivit les règles ordinaires sauf une modification qui n'est pas sans valeur consistant à faire une ponction exploratrice afin de préciser le point d'attache du placenta. Comme il était inséré sur la paroi antérieure de l'utèrus, il ouvrit cet organe par le côté gauche et n'eut qu'une hémorrhagie insignifiante. Un garçon pesant 4,500 gr. fut extrait par les épaules : il était à l'état d'asphyxie mais à l'air il se rétablit assez vite. L'examen de l'utérus montra que si les parois de l'organe avaient cédé, le péritone n'avait pas été déchiré. Spray et pansement de Lister. Pas d'accidents notables. La température ne dépassa pas 38°. Le tube du drainage fut retirée le neuvième jour et le pédicule se détacha le 10. Bref trois semaines et demi après l'opération, la femme se leva et quitta peu de temps après la Maternité d'Utrecht avec son enfant. (*Weeblad v. h. Nederl Tydschrift voor Geneesk.*, 1880, n° 36.)

Le professeur Veis de Bone a été moins favorisé. Après avoir obtenu deux succès par l'ancienne méthode, il a perdu deux opérées. Nous ne parlerons point du premier cas, qui a été traité par la méthode classique nous donnons seulement quelques mots du second, dans lequel il a fait l'amputation utéro-ovarique.

Une femme de 36 ans qui avait eu 5 accouchements normaux, devint ostéomalacique et subit la céphalotripsie lors de son septième accouchement. Lors du huitième, le bassin était tellement rétréci qu'il fallut recourir à l'opération. Les premiers jours furent exempts de fièvre mais peu à peu tout changea et la mort survint le sixième jour. A l'autopsie on trouva de petits caillots dans les reins, des adhérences légèrement fibrineuses et purulentes sur les intestins. Pas la moindre trace dans les plaies de l'abdomen et du canal cervico-utérin (*Zeitschrift f. Geburtsh. [n. Gyn.* t. V. 2e livraison).

Une femme de 29 ans qui avait eu trois accouchements faciles et spontanés eut à la suite de l'ostéomalacie un bassin tellement déformé que lorsqu'elle entra à la Maternité de Vienne à la trente-quatrième semaine de la grossesse, on ne put penser à la délivrer par l'accouchement artificiel. En conséquence, et de l'avis des trois professeurs d'accouchements, on décida de n'intervenir qu'à la fin de la grossesse.

Les douleurs se déclarèrent le 14 décembre 1880. Après l'écoulement naturel des eaux, Gustav Braun fit sur l'abdomen une incision de 17 cent. de longueur. L'incision sur la paroi antérieure de l'utérus tomba sur la placenta d'où une hémorrhagie abondante qui s'arrêta cependant d'elle-même par l'introduction des épaules du fœtus dans la plaie. Le fœtus pesait seulement 2,550 gr. Bonne contraction de l'utérus dont le corps avec trompes et ovaires fut séparé par l'évaseur. Le fragment du cervix fut oblitéré par six points de suture placés à l'angle inférieur de la plaie. Ligatures et pansement astiseptique. Suites excellentes : détachement de l'écraseur le septième jour ; oblitération complète du cervix. L'urine et les fèces de cette femme examinées par le professeur Ludwig contiennent du phosphate de chaux en grande quantité. Bref cette femme fut présentée le 28 janvier 1881, à la Société impériale de médecine de Vienne (*Allg. Wien. Med. Zeitung.* 1881, p. 57).

En résumé, sur 57 opérations césariennes effectuées d'après la méthode Porvo, il n'y a eu jusqu'à présent que 26 mères sauvées. Arrivera-t-on à une proportion plus grande de succès, il est difficile de répondre à cet égard, mais il n'en pas moins hors de doute que cette opération a besoin de quelques perfectionnements pour être substituée à la méthode ancienne. Quoique en ait écrit Harris, elle n'est pas plus dangereuse que celle-ci, mais aussi quoiqu'en disent ses pronateurs elle n'écarte pas d'une façon absolue les dangers de l'infection, et ne met pas à l'abri des périls de la péritonite.

(*A suivre.*)

NÉCROLOGIE

OBSÈQUES DE M. CHANTREUIL.

Lundi, 4 juillet, avaient lieu les obsèques de G. Chantreuil, un des agrégés les plus estimés de la Faculté de médecine de Paris, mort des suites d'une perforation intestinale.

Nos lecteurs liront avec intérêt le discours prononcé sur sa tombe par son collègue, M. le Dr Pinard.

MESSIEURS,

Au nom de la Société des agrégés de la Faculté de médecine de Paris, je viens essayer de vous exprimer en quelques mots l'étendue de la perte que nous venons de faire, en perdant notre collègue, Gustave Chantreuil.

Pour cela, je n'ai qu'à vous retracer sa vie; vous sentirez alors ce que doit être notre douleur, et vous comprendrez que je n'aie plus besoin de faire son éloge. Vous dire ce qu'il a été, c'est la plus grande louange que je puisse adresser à sa vie.

Interne des hôpitaux en 1865, Chantreuil passa ses quatre années d'internat presque exclusivement dans des services d'accouchements, et cependant les autres branches de la science médicales n'étaient pas délaissées par lui, puisque nous le voyons sortir des hôpitaux avec le titre de lauréat.

Docteur et lauréat de la Faculté de médecine en 1869, il fut nommé au concours chef de clinique en 1870.

Il resta en fonction trois années, pendant lesquelles il recueillit et accumula les matériaux qui lui servirent plus tard à édifier ces mémoires originaux, parmi lesquels l'un d'eux fut couronné par l'Académie de médecine. Il fut nommé professeur agrégé au concours de 1875.

Déjà, pendant son internat, Chantreuil avait publié dans les journaux de médecine, et en particulier dans les *Archives de*

médecine et la *Gazette des hôpitaux*, de nombreuses observations extrêmement intéressantes et qui toutes révélaient un observateur sagace et un clinicien distingué. Mais, en 1869, il s'affirma définitivement en publiant sa thèse inaugurale qui eut un si grand et si légitime retentissement. En effet, dans cette monographie, il exposa magistralement les déformations du bassin produites par la cyphose. Sa description est devenue classique, et, grâce à lui, un nouveau chapitre concernant cette variété de bassins, qui jusqu'alors n'avait été étudiée par aucun accoucheur français, dut être ajouté à l'histoire des viciations du bassin.

En 1872 il publie une étude fort remarquable sur le cancer de l'utérus envisagé au point de vue de son influence sur la conception, la grossesse et l'accouchement; puis, la même année, dans les *Archives générales de médecine*, un mémoire sur l'expression utérine appliquée à la délivrance, méthode qui ne s'est point vulgarisée, mais qui peut, dans des cas particuliers, rendre de grands services.

En 1873, le mémoire qu'il avait adressé à l'Académie de médecine pour le prix Capuron fut couronné. Ce travail, intitulé : *Des phénomènes précurseurs et concomittants de la sécrétion lactée*, renferme un grand nombre d'observations prises avec toute la rigueur scientifique possible et désirable, qui démontrent que la fièvre de lait n'existe pas; fait déjà affirmé, mais non aussi scientifiquement démontré.

En 1874, il traduisit et annota la Clinique obstétricale et gynécologique de sir James Simpson, œuvre de longue haleine, puisque le volume contient plus de 800 pages.

Certes, je ne puis ni ne dois en faire l'analyse ici, mais du moins je puis affirmer que la préface et les notes ajoutées par Chantreuil sont à la hauteur du texte du grand accoucheur anglais.

Sa thèse de concours de 1875 peut être considérée, à bon droit, comme ce qui a été écrit de plus complet sur les dispositions du cordon qui entravent la marche régulière de la grossesse et de l'accouchement.

Enfin, en 1874, celui qui avait été son maître et qui avait pu, par conséquent, l'apprécier plus que personne, le choisissait pour collaborateur dans cette œuvre colossale et si impatiemment attendue, et que malheureusement, hélas ! il n'aura pas eu le bonheur de voir achevée : j'ai nommé le *Traité complet d'accouchements* de Tarnier et Chantreuil.

Ce choix, je puis le dire, a plus de valeur à lui seul que le plus long éloge.

L'on pourrait croire, d'après ce résumé, fort incomplet cependant, que Chantreuil, ayant consacré tant d'activité aux travaux de la plume, aurait été forcé de délaisser l'enseignement oral. Il n'en est rien.

Dès 1871, il fait à l'Ecole pratique, n'y étant pas obligé, des conférences pratiques d'accouchements.

De 1871 à 1874, il fait à cette même école des cours théoriques, non obligatoires.

En 1878, il professe à la Faculté pour les élèves sages-femmes.

En 1879, il supplée le professeur Pajot.

En 1880-81, il est chargé à nouveau du cours professoral. Hélas ! il ne devait pas recueillir les justes applaudissements de la leçon terminale ! La mort est venue le frapper sur la brèche, puisque, le samedi 25 juin, il parlait pour la dernière fois, dans le grand amphithéâtre ! J'ajouterai que les leçons cliniques qu'il avait professées alors qu'il suppléait le professeur Depaul à sa clinique d'accouchements, leçons qui ont été recueillies par son ami le Dr Lordereau et qui viennent d'être publiées, il y a quelques mois à peine, témoignent tout aussi bien de son érudition que du soin scrupuleux avec lequel il préparait les questions qu'il devait exposer aux élèves. Je dis érudition, je répète le mot, car non seulement Chantreuil possédait une aptitude particulière pour les langues étrangères, qu'il connaissait parfaitement, mais encore il allait à l'étranger voir et étudier. C'est ainsi qu'en 1878 il fit un premier voyage en Allemagne, où il resta de longs mois ; il y retourna l'année dernière. L'année précédente, il avait été en Angleterre. Il fai-

sait en cela acte de patriotisme, puisqu'il allait puiser à l'étranger ce qu'il y a de bon et en faisait bénéficier ses compatriotes moins privilégiés que lui.

Voilà ce qu'a fait le collègue qui vient de nous être si brusquement et si brutalement enlevé! Et il avait à peine quarante ans !

C'est seulement en se rappelant cette vie si active et si courte, ce labeur si incessant et si productif, c'est en songeant à ce qu'il pouvait et devait nous donner encore, que l'on peut mesurer la grandeur de la perte que nous venons de faire!

Mais je n'ai parlé que de l'homme scientifique ; parlerai-je de l'homme dans ses relations? Nous pouvons nous interroger, la réponse sera unanime. Il avait su se faire apprécier par la droiture de ses sentiments, par l'aménité de son caractère, par l'affablité de ses manières. Et je crois être l'interprète de tous en disant que nul parmi nous n'était plus aimé et plus considéré.

Et c'est alors qu'il était arrivé, par son travail acharné, à cette situation enviable à tous les points de vue, qu'il allait entrer dans une voie féconde en résultats de toutes sortes, que la mort vient le frapper! Oh! nous comprenons le désespoir immense de sa famille, mais nous voulions montrer combien nous aussi qui faisions partie de sa famille scientifique, avions été cruellement frappés par cette mort qui ne nous laisse comme consolation que ce magnifique exemple d'une vie si admirablement remplie.

VARIÉTES

Réorganisation du service des accouchements dans les hôpitaux et chez les sages femmes agréées (1).— Le conseil de surveillance de l'Assistance publique vient de consacrer deux séances à la question si complexe de la réorganisation du service des accouchements dans les

---

(1) Voir précédemment (page 10), un mémoire de M. Dubrisay sur ce sujet.

hôpitaux et chez les sages-femmes dites *agréées*, parce qu'elles sont nommées par l'administration pour recevoir les femmes enceintes qui se présentent dans les hôpitaux et n'y trouvent pas de place.

Nos lecteurs connaissent l'état de la question.

Le conseil de surveillance de l'Assistance publique ayant à discuter les conclusions d'un rapport de M. Nicaise, traitant seulement du service médical des accouchements, renvoya, dans une séance dont nous avons rendu compte, cette affaire à la commission en la chargeant d'étudier à la fois les deux questions connexes du service médical et des sages-femmes agréées.

Sur le premier point : *Service médical*, le conseil était très partagé. Les services hospitaliers dans les hôpitaux sont dirigés aujourd'hui exclusivement par des médecins et des chirurgiens; il s'agissait de savoir s'il n'y avait pas lieu de créer, suivant le vœu du conseil municipal, un troisième ordre de services hospitaliers, qui, se spécialisant comme les médecins et les chirurgiens, prendraient le titre d'*accoucheurs des hôpitaux*.

C'est ce dernier mode qui a prévalu après une très longue discussion.

Sur le second point : *Réorganisation du service chez les sages-femmes agréées*, tout le monde, on peut le dire, était d'accord. Il est certain que le fonctionnement de ce service a été jusqu'à ce jour des plus défectueux, et il était urgent d'y apporter remède.

Voici le projet de règlement qui a été adopté jeudi :

Des services d'accouchements dans les hôpitaux.

Organisation générale. — Article 1er. Les services d'accouchements dans les hôpitaux sont divisés en deux catégories :

La première se compose de services spéciaux d'accouchements existant déjà et qui seront séparés des autres services.

La seconde catégorie comprend les services d'accouchement qui restent annexés aux autres services.

Des services spéciaux d'accouchements. — Art. 2. Chaque service spécial d'accouchements se compose d'une ou de plusieurs salles de femmes enceintes ou en couches.

Les accouchées tombant malades dans le service spécial seront transportées dans un pavillon d'isolement ou dans un service ordinaire de médecine et confiées à un des médecins de l'hôpital.

Art. 3. Le personnel médical de chaque service se compose : 1° du chef

de service; 2° de deux sages-femmes; 3° d'un interne en médecine; 4° de deux externes.

Art. 4. Les chefs de service seront chargés de la surveillance et des opérations taut chez les sages-femmes que dans les hôpitaux désignés.

Des services d'accouchement annexés. Art. 5. — Une sage-femme est adjointe au personnel médical des services d'accouchements annexés.

Des sages-femmes. — Art. 6. Les sages-femmes des services spéciaux et des services annexés doivent être munies du diplôme de sage-femme de première classe.

Elles seront choisies de préférence parmi les anciennes élèves lauréates de la Maternité et parmi celles qui auront suivi les cours pendant deux années.

Elles sont subordonnées au chef du service et agissent sous sa direction.

Consultations. — Art. 7. Dans chaque hôpital pourvu d'un service spécial d'accouchements, une consultation gratuite et destinée aux femmes enceintes est faite régulièrement par le chef de service.

Admissions. — Art. 8. L'examen et l'admission des femmes enceintes sont faits par les chefs des services d'accouchements, et, à leur défaut, par les sages-femmes.

Les femmes dont l'état est simple, et qui ne présentent ni complication, ni probabilité d'opération obstétricale, sont, autant que possible, envoyées chez les sages-femmes de la circonscription hospitalière.

Si une opération obstétricale grave est prévue, la femme est placée dans un service spécial d'accouchements.

Du service des accouchements chez les sages-femmes agréées.

Des sages-femmes agréées. — Art. 9. A chaque hôpital seront rattachées des sages-femmes, choisies par l'administration, en nombre variable selon les besoins du service.

Ces sages-femmes seront placées sous la direction administrative du directeur de l'hôpital.

Elles recevront comme pensionnaires les femmes envoyées par l'hôpital dont elles dépendent.

Art. 10. Les sages-femmes agréées doivent être munies du diplôme de sage-femme de première classe.

Elles ne pourront avoir plus de trois femmes à la fois, venant de l'hôpital.

Elles devront prévenir immédiatement le chef de service chaque fois que cela sera nécessité par l'état de la mère ou de l'enfant.

Elles ne pourront envoyer l'accouchée à l'hôpital ou la laisser sortir de chez elle qu'après l'avis écrit du chef de service.

Elles seront tenues de remplir un registre de statistique.

Leur rémunération est portée de 50 à €0 fr., payables par journées, et la

durée du séjour de l'accouchée chez elles est fixée à dix jours au lieu de neuf.

Chaque journée supplémentaire jugée indispensable par le chef de service sera payée à raison de 6 francs.

Du service médical chez les sages-femmes agréées. — Art. 11. Le service médical chez les sages-femmes agréées comprend les visites à faire à chaque accouchée après l'accouchement et au moment de la sortie.

Il comprend en outre la pratique des opérations qui pourront se présenter au moment de l'accouchement.

Opérations obstétricales.

Art. 12. Chaque chef de service spécial sera, en outre de son propre service, chargé des opérations obstétricales dans un certain nombre d'hôpitaux, de façon que chaque hôpital ait son accoucheur désigné.

Quand une opération obstétricale devient nécessaire dans un hôpital ou chez une sage-femme, le directeur de l'hôpital agit comme dans les autres cas d'opérations d'urgence et faitappeler le chef de service désigné.

Chaque hôpital doit être muni d'un appareil obstétrical.

Des chefs des services spéciaux d'accouchements.

Art. 13. Un concours spécial sera institué pour la création d'accoucheurs des hôpitaux.

Nous aurons probablement à revenir plus tard sur cette importante question de la réorganisation des services d'accouchements dans les hôpitaux. Nous nous bornons pour aujourd'hui à reproduire le projet élaboré par le Conseil de l'Assistance publique.

A. L. B.

Le *Journal de médecine de Paris* a reçu la lettre suivante que nous reproduisons :

Londres, le 6 juillet 1881.

Grâce au zèle et à l'activité de notre infatigable secrétaire général, M. Mac Cormac, le Congrès international de Londres sera digne de notre grande cité, et surpassera peut-être ceux qui ont été tenus précédemment. Toutes les dispositions ont été prises pour assurer à nos visiteurs non seulement un programme scientifique digne d'eux, mais encore des distractions variées et instructives. J'ajouterai que des mesures ont été prises pour leur assurer un logement confortable, afin qu'ils ne soient pas exposés à coucher à la belle étoile, comme cela a failli arriver à quelques congrès dans lesquels les organisateurs n'avaient pas prévu l'agglomération.

Aussitôt leur arrivée à Londres, les membres du Congrès devront

se faire conduire au Collège royal des médecins (Pall-Mal, East), pour se faire inscrire et retirer leurs cartes. Un comité de réception se chargera de leur fournir tous les renseignements nécessaires sur leur logement, sur les excursions projetées, etc.

La première assemblée générale aura lieu le mercredi 3 août à Saint-Jame's Hall. Les différentes sections se réuniront pour la plupart à *Burlington House*, magnifique palais se trouvant situé au centre des quartiers aristocratiques du West-End, habituellement fréquentés par les étrangers.

Ces sections sont au nombre de 16, à savoir : anatomie; physiologie; pathologie; médecine; chirurgie; obstétrique; maladies des fants; maladies mentales; ophthalmologie; maladies des oreilles; maladies de la peau; maladies des dents; médecine l'Etat; médecine et chirurgie militaire; matière médicale et pharmacologie; maladies de la gorge.

On voit, par cette nomenclature, que le Congrès a fait une large place à la spéciadité. Cette division des sections pourrait bien ne pas être du goût de la médecine officielle française, qui combat généralement la spécialité ou ne semble lui accorder une petite place qu'à contre-cœur.

Des excursions très intéressantes ont été préparées par les soins du Comité spécial Parmi les plus intéressantes, nous citerons celle qui aura lieu à Folkestone le samedi 6. Un train spécial et gratuit emmènera les membres du Congrès dans cette ville où ils assisteront à l'inauguration de la statue de Harvey et seront ensuite conviés à un banquet par le maire.

Le vendredi, le Congrès visitera les magnifiques jardins de Hampton-Court. La visite des docks qui aura lieu le lundi ne sera pas la moins intéressante.

Le Congrès international sera immédiatement suivi du Congrès annuel de l'Association, qui s'ouvrira le mardi 9 août à Ryde, dans l'île de Wight. Je vous donnerai dans ma prochaine lettre tous les renseignements sur ce Congrès, auquel les médecins étrangers seront également conviés. A. B.

Avortement. — La Chambre des mises en accusation, dans son audience du 17 juin 1881, a renvoyé devant la Cour d'assises de la Seine : 1° Philippe-Emile-Gabriel Chopard, docteur en médecine et pharmacien, demeurant à Paris, 20, rue Montmartre, sous l'inculpation d'avortement sur la personne de la fille Anna Chaumont; 2° cette dernière comme ayant consenti audit avortement.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

(GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE)

Ueber die nervenindigungen in der Uterinschleimhaut der Menschen. Sur la terminaison des nerfs dans la muqueuse utérine, par PATENKO (*Centralblatt f. Gyn.*, 1880, p. 442).

Ruptur der Milz während der Schwangerschaft. Rupture de la rate pendant la grossesse, par SCHWING (*Centr. f. Gyn.*, 1880, p. 291).

Eine missbildung der Genitatien als Geburtshindernis. Utérus avec double méat, Caus. d. dystocie, par MEKUS (*Centr. f. Gyn.*, 1880, p. 294).

Einige Worte ueber die mediane Vaginalnaht als mittel zur Beseitigung des Gebärmuttervorfalls. Quelques mots sur la suture médiane du vagin comme moyen curatif de la chute de matrice, par L.-A. NEUGEBAUER, de Varsovie (*Centr. f. Gyn.*, 1881, p. 3).

Ueber die Ursache des Geburtseintrittes. Quelles sont les causes du commencement du travail, par GEYL (*Arch. f. Gyn.*, XVII, p. 1).

Zur Lehre von der Torsion der Nabelschnur. De la torsion du cordon avec deux planches, par SCHAUTA (*Arch. f. Gyn.*, XVII, p. 19).

Ueber die Herkunft des Fruchtwassers. Sur l'origine du liquideamnio tique par WIENER (*Arch. f. Gyn.*, XVII, p. 24).

Die exacte Messung aller Dimensionen der Kleinen Beckens an der lebenden Frau. Sur la menstruation exacte du diamètre du petit bassin sur la femme vivante, par KUSTNER, avec une planche (*Arch. f. Gyn.*, XVII, p. 54).

Ueber Vaginitis exfoliativa und Dysmenorrœa membranacea. Sur la vaginite exfoliative et la dysménorrhée membraneuse, par COHNSTEIN (*Arch. f. Gyn.*, XVII, p. 69).

Ein myoma cervicis uteri cavernosum. Sur un myome caverneux du col utérin, par GRAMMATIKATI, avec une planche (*Arch. f. Gyn.*, XVII, p. 139).

Zur casuistik der Verletzungen der äusseren Geschlechtsorgane des Weibes bei Skoptzen. Des blessures des organes féminins chez les Skopzis, par LAPIN (*Ib.*, p. 143).

Le gérant : A. LEBLOND

PARIS. — TYPOGRAPHIE A. PARENT
A. DAVY, Success^r, imp. de la Fac. de méd., r. M.-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Août 1881.

TRAVAUX ORIGINAUX

MATERNITÉ DE PARIS. — SERVICE DE M. TARNIER.

OBSERVATION POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE L'ÉVOLUTION DES TUMEURS PENDANT LA GROSSESSE.

Par M. Paul Bar,
ancien interne du service.

On admet généralement que certaines tumeurs, à la constitution desquelles les vaisseaux ont la plus grande part, prennent pendant la grossesse un grand développement pour rétrograder ensuite après l'accouchement. Cependant on a publié peu d'observations sur ce sujet.

Dans le fait que nous rapportons ici, la malade était atteinte d'une tumeur de la bouche, dont l'évolution pendant la gros-

sesse et après l'accouchement a été si remarquable, qu'il nous a paru intéressant d'en publier l'observation.

La nommée D..., âgée de 24 ans, domestique, entre à la Maternité dans le courant du mois de juin 1880. Elle est placée salle Sainte-Adelaïde, lit n° 5, dans le service de M. Tarnier.

C'est une primipare ; elle a été réglée pour la dernière fois le 10 septembre 1879. La grossesse a suivi un cours normal ; seulement dès le début, la malade a souffert d'une névralgie dentaire ; la douleur avait son maximum au niveau des grosses molaires supérieures du côté droit.

Avant sa grossesse, jamais la malade n'avait eu de semblables douleurs. Notons que cette névralgie n'a cessé qu'il y a deux mois environ.

A ce moment, nous dit la malade, une tumeur a commencé à paraître au niveau du point où aurait dû être la dent de sagesse, sur la moitié droite de la mâchoire supérieure.

La malade nous dit expressément que cette tumeur est née au point précis, qui pendant la première moitié de la grossesse était le siège des douleurs névralgiques.

Pendant les premiers temps, il suffisait de toucher à cette production morbide pour voir se produire des hémorrhagies ; cet accident se reproduisait à chaque repas, et souvent on eut beaucoup de mal pour arrêter l'écoulement du sang. Depuis quinze jours, l'accroissement de la tumeur s'est fait d'une manière très rapide.

Etat actuel, le 5 *juillet* 1880. — La femme est forte, bien constituée.

En lui faisant ouvrir la bouche, on voit une tumeur, dont nous avons figuré le volume et la forme sur le dessin n° 1.

Cette tumeur est aplatie et semble étalée sur la face inférieure de la voûte palatine. Elle s'étend surtout dans le sens transversal, et dépasse la ligne médiane.

Sa surface est lisse ; seulement, sur le bord antérieur on voit quelques sillons qui ne s'avancent pas profondément dans l'intérieur de la masse morbide.

La couleur est rosée, et identique à celle de la muqueuse pala-

tine et des gencives. Par sa face supérieure, la tumeur répond à la face inférieure de la voûte palatine; mais elle lui est seulement juxtaposée et elle ne lui adhère en aucun point. Le pédicule très étroit et bien limité vient en effet s'insérer sur le bord alvéolaire du maxillaire supérieur, au point qui correspondrait à la dent de sagesse du côté droit.

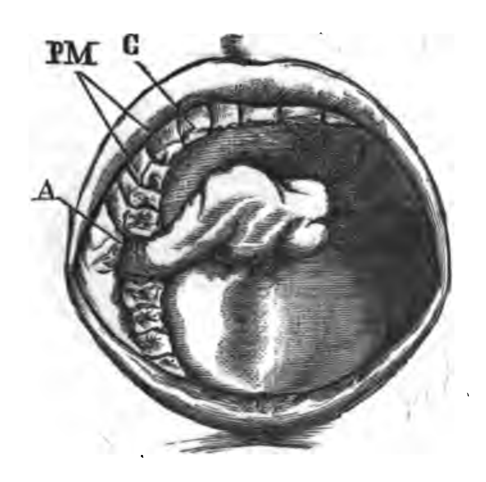


Fig. I. — État de la tumeur un peu avant l'accouchement. C. Canines. — P M. Petites molaires.

Cette tumeur n'a cessé d'augmenter de volume jusqu'au moment de l'accouchement, qui eut lieu le 28 juillet 1880.

Nous ne dirons rien ici de l'accouchement, qui fut très difficile ; M. Tarnier dut faire la craniotomie, puis ensuite la céphalotripsie, l'enfant étant hydrocéphale. Les suites de couches furent normales.

Douze jours après l'accouchement, nous examinons de nouveau la malade, et nous voyons que le volume de la tumeur est considérablement diminué. Pour s'en convaincre il suffit de comparer le dessin n° 2 à celui qui est placé plus haut. Le second dessin représente l'aspect de la tumeur, au douzième jour des suites de couches L malade bien portante est renvoyée

à l'hospice de convalescence du Vésinet. Sur notre recommandation, elle revint à la Maternité un mois après son départ, c'est-à-dire six semaines environ après son accouchement. IL N'Y AVAIT PLUS DE TUMEUR DANS LA BOUCHE.

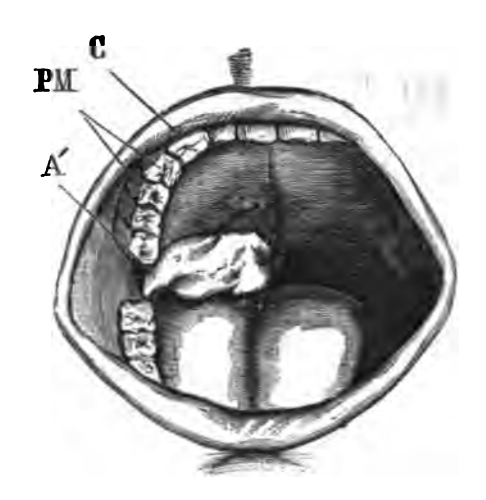


FIG. II. — Etat de la tumeur douze jours après l'accouchement.

Nous avons seulement vu au point auquel s'insérait le pédicule un petit bourgeon charnu, gros comme une petite lentille.

Nous avons essayé de déterminer la nature de cette tumeur ; pour cela, trois jours après l'accouchement, nous en avons pris un petit morceau. Nous avons pu constater qu'elle était revêtue par un épithélium pavimenteux stratifié semblable à celui qui recouvre la muqueuse gingivale.

Cette tunique épithéliale reposait sur une couche assez épaisse de tissu fibreux, dans les parties profondes de laquelle se trouvaient de larges espaces remplis par le sang.

Il est probable que nous avions ici affaire à un épulis, de nature fibro-plastique, dans lequel, pendant la grossesse, les vaisseaux

ont pris un tel développement, qu'il s'est trouvé transformé en une véritable tumeur érectile.

L'apparition de cette tumeur vers le milieu de la grossesse, son accroissement jusqu'au moment de l'accouchement, sa disparition pendant les suites de couches ont été ici tellement nets que nous laissons au lecteur le soin de tirer de ce fait les conclusions pratiques qui nous semblent s'en dégager.

Disons en terminant que le fait que nous avons observé doit être exceptionnel, car nous n'en avons pas trouvé de semblable qui fut mentionné dans les journaux et revues de ces dix dernières années.

ORGANES GÉNITAUX ET VARIOLE.

Par le Dr Barthélemy.
Ancien interne des hôpitaux, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis.

(SUITE ET FIN) (1).

II. — *Pendant la puerpéralité.* — Ainsi que nous l'avons déjà dit, nous ne donnons pas comme limite à cet état le moment où la femme vient d'être délivrée, « où le délivre se détache du fond de l'utérus» . Nous croyons devoir y faire rentrer toute la grossesse, comme le font aujourd'hui la plupart des accoucheurs. Nous diviserons ce chapitre en deux parties :

1° Grossesse ;

2° Suite de couches.

1° *De la variole pendant la grossesse.*

I. —21 ans. Pas de chlorose ni de syphilis. Fièvre, courbature, céphalalgie frontale pendant deux jours. Jamais de rachialgie. Erup-

(1) Voir *Ann. de Gyn., juillet* 1881.

tion dès la fin du deuxième jour. Quelques pustules disséminées; chute de la fièvre. Dessiccation sans fièvre de suppuration (*varioloïde*). Le vingt-cinquième jour de la maladie, cette femme était guérie tout à fait et ne portait plus, non pas des croûtes, mais de simples taches sans cicatrices; était sans fièvre, sans malaise, sans diarrhée, et n'avait subi aucun traumatisme ni physique, ni moral. Elle est prise, alors, de douleurs modérées dans le ventre; elles revenaient toutes les cinq minutes, mais étaient rapides et peu intenses. Le vingt-sixième jour, elle commença à perdre quelques mucosités sanglantes. Douleurs abdominales toujours peu intenses. Lavements fortement laudanisés. Le soir, les douleurs deviennent rapidement très fortes. Les pertes rouges ne sont pas abondantes. La malade fait une fausse couche dans la nuit. Le vingt-septième jour, pâleur légère, pas de fièvre, pas de perte. Ventre très peu gros, peu douloureux. L'avortement a eu lieu au quatrième mois environ et tout d'un bloc. Quelques jours après, guérison complète, sans fièvre.

II. — 23 ans. Grossesse de trois mois et demi. Pendant l'invasion, pas de vomissement, bien qu'elle en ait eu pendant tout le deuxième mois de la grossesse. Douleurs jusque dans la colonne cervicale, assez fortes pour empêcher la marche et le travail et pour forcer la malade à rester couchée. « Tout mon mal est là, jour et nuit. » Quelques douleurs abdominales; pas de pertes rouges. Eruption le troisième jour. Vésicules grosses, acuminées, brillantes, duries, perlées, cornées; signe d'un pronostic excellent. En effet, varioloïde. La rachialgie n'a passé que le sixième jour. *La malade n'a pas eu de menace d'avortement*

Nous pourrions citer plusieurs autres cas où la *varioloïde a été aussi bénigne pour la grossesse peu avancée.*

III. — Grossesse de huit mois. L'enfant a bien remué jusqu'au huitième jour de la maladie. Variole cohérente simple. Agitation. Accouchement le douzième jour de la maladie. L'enfant est mort une heure après sa naissance; pas de trace de l'éruption. A partir de l'accouchement, affaissement de la mère qui n'a, cependant, ni perte, ni frisson. Le lendemain, la malade est de plus en plus déprimée. L'éruption ne fait plus aucun progrès; les pustules sont aplaties, flétries, plissées. Pas une n'est hémorrhagique. Ventre peu douloureux, utérus revenu

sur lui-même ; pas de frisson. Le soir, pouls très petit, coma, subdélirium, sécheresse de la langue, oppression, cyanose. Mort le quatorzième jour de la maladie et le deuxième jour après l'accouchement sans la moindre trace d'hémorrhagie.

Nous avons donné cette observation avec quelques détails, car elle est caractéristique de ce que nous avons vu souvent se passer dans la variole cohérente puerpérale : *mort de l'enfant, qui s'éteint peu à peu quelques heures après la naissance. Mort de la mère*, soit un, deux, trois ou même quatre jours après l'accouchement prématuré ou naturel, et après l'avortement *sans hémorrhagie* multiple et par simple sidération nerveuse. C'est *ce phénomène remarquable qui semble, en effet, dominer la variole puerpérale ;* gravité extrême : *mort, presque fatale de l'enfant* à la naissance ; *mort de la mère* peu de temps après l'accouchement, même *sans trace hémorrhagique*, mais par *dépression graduelle.* Dans de nombreux cas, en effet, la mère meurt parce qu'étant grosse, elle a, *dans le même temps*, une variole d'intensité moyenne. Elle meurt, disons-nous, alors qu'en dehors de la puerpéralité, elle ne fût pas morte de sa variole, alors qu'en dehors de la variolisation elle n'eût pas succombé aux suites de ses couches.

Dans certains autres cas, la puerpéralité imprime son cachet à la variole en transformant, dès le deuxième jour qui suit l'accouchement, la forme bénigne de cette maladie en une forme hémorrhagique promptement mortelle (Raymond, Thèse de concours, 1880, argumentation). Nous en rapporterons plus loin des exemples.

IV. — 29 ans. Quatre grossesses antérieures normales, suivies d'accouchements naturels. Grossesse de huit mois environ. Variole cohérente. Début par douleurs rénales ou lombaires assez modérées, d'ailleurs, mais continues, et gênant la marche. Elles n'étaient ni intermittentes, ni paroxystiques. La malade a fort bien remarqué elle-même que ce n'étaient pas les douleurs de l'enfantement qu'elle éprouvait. Ces douleurs ont duré trois jours ; le même jour que les douleurs s'étaient montrés des vomissements, elle vomissait tout ce

qu'elle prenait, mais ne vomissait pas si elle ne buvait rien. Pendant ses grossesses, même au début, elle n'a jamais eu de vomissements. Elle sent très bien remuer. Eruption parue le sixième jour de l'invasion. Accouchement, le quinzième jour de la maladie, de deux enfants vivants. Ils moururent tous les deux le lendemain soir de leur naissance, sans trace de variole. Les suites de couches furent excellentes. La malade guérit.

V. — 26 ans. Grossesse de sept mois et demi. Deux jours après, éruption. Quelques pertes rouges, indolentes le cinquième jour. Douleurs abdominales persistantes. Pas de délire. Les liquides reviennent par le nez. Angine. Le septième jour, la malade sent toujours remuer. A force de laudanum, l'accouchement a été remis au douzième jour de la maladie. Variole cohérente. L'enfant est mort quelques minutes après sa naissance, sans trace de variole. La mère est morte dans une prostration graduellement croissante, le quinzième jour de la maladie, le troisième après son accouchement. La variole n'a subi aucune transformation hémorrhagique.

VI. — 24 ans. Variole cohérente. T. 39 et 40. Le deuxième jour de l'invasion, rachialgie extrêmement intense « à ne pouvoir plus se tenir debout ». Le cinquième jour, début de l'éruption. Grossesse de huit mois. Elle sent toujours remuer. Le jour de l'éruption, glaires sanguinolentes écoulées par la vulve. Le huitième jour, douleurs expulsives avec paroxysmes toutes les cinq minutes. Depuis trois jours, rash granité. L'éruption est nulle a sa surface, mais les bords sont criblés de pustules, comme s'étant accumulées au pied d'une barrière infranchissable. Accouchement le neuvième jour. L'enfant est isolé immédiatement. Le dixième jour, faiblesse extrême, sans perte, sans la moindre ecchymose. Agitation nocturne et subdélirium. Le douzième jour, disparition du rash qui ne se marque plus que par l'absence de pustules. Pas la moindre hémorrhagie. Etat général grave. Langue humide, légère coloration violacée des pustules qui sont affaissées; pas de frisson. Le treizième jour, langue sèche, pouls petit et fréquent. Dépression de plus en plus accentuée. Mort. Autopsie. Le délire peut être expliqué par une pneumonie occupant gros comme un œuf du poumon droit. Sérosité claire dans le péricarde qui n'est pas « langue de chat », cause probable de la dyspnée. Foie : farci de plaques graisseuses disseminées. Utérus : dépassant de trois

travers de doigt le pubis. Insertion placentaire marquée par une coloration sanglante et noirâtre. Donc, ici encore, mort quatre jours après les couches, sans transformation hémorrhagique. L'enfant est mort quelques jours après, sans traces de variole.

VII. — 30 ans. Variole cohérente. Grossesse de sept mois à l'entrée. Le troisième jour, le col est dilatable, mais non dilaté. Le quatrième jour, jour même de l'apparition de l'éruption, douleurs abdominales et disparition, très nettement décrite par la malade, de la rachialgie.

Le cinquième jour, pertes rouges légères; le col a encore 1 centimètre de longueur; il est très ramolli, il se laisse pénétrer, mais l'on arrive à peine sur la tête. T. 39,2. Période de suppuration. Le onzième jour, accouchement. Petite fille très délicate. La délivrance n'a pu se faire que le lendemain. Nuit très agitée, fièvre, délire, dyspnée continuels. Mort le douzième jour de la maladie, le lendemain de l'accouchement, sans aucune trace d'hémorrhagie.

VIII.— Variole discrète. Malade ayant sevré son enfant six semaines auparavant. Elle ne voyait pas ses règles. Son ventre grossissant lui apprit seul sa grossesse qu'elle pense être de quatre mois. Pendant sa variole, elle sent remuer. Elle guérit, sans le moindre accident. Elle était restée longtemps dans le service à cause de croûtes nasales très rebelles. Pas d'avortement.

Nous devons les observations suivantes à M. Bastard; nous arrivons aux mêmes conclusions que précédemment.

IX. — 23 ans. Deux fois vaccinée, la dernière fois en 1877. Varioloïde très légère en 1879. Grossesse de sept mois, n'ayant été en rien modifiée par la maladie. La plus haute température a été 39° le cinquième jour.

X. — 18 ans. Grossesse de trois mois et demi. Variole discrète. Pas d'avortement. T. 38,8.

XI. — 22 ans. Grossesse de six mois et demi. Variole discrète. T. maxima, 38°. Pas d'avortement.

XII. — 23 ans. Grossesse de quatre mois et demi. Variole cohérente. T. maxima, 40° pendant deux jours. Pendant huit jours sur treize, la

malade se maintient entre 39° et 40°. Nombreux abcès pendant la convalescence. Pas d'avortement.

XIII. — 30 ans. Grossesse de cinq mois. Variole cohérente. T. 40,5, au moment de la suppuration. Durant quatre jours, la température reste au-dessus de 39°. Elle guérit sans avorter.

XIV. — 36 ans. Grossesse de six mois. Variole cohérente. T. maxima, 39, 5. La température reste presque toujours voisine de 39°, mais inférieure. Pas d'avortement.

XV. — 28 ans. Variole cohérente survenant dans le cours d'une grossesse de six mois. T. maxima, au moment de la suppuration 39.8. La malade guérit et n'avorte pas.

XVI. — 21 ans. Grossesse de quatre mois. Variole cohérente. T. maxima, 39,8. Elle a été généralement inférieure à 39°. Pas d'avortement.

XVII. — 30 ans. Revaccinée en 1869. Variole cohérente grave. Pendant deux jours, la température atteint 41°; pendant sept jours consécutifs, elle reste au dessus de 40°. Bien qu'elle soit enciente de cinq mois, elle n'a pas fait d'avortement. Convalescence longue : abcès multiples.

Ces observations semblent montrer que la variole est d'autant moins grave, au point de vue abortif, que la grossesse est plus récente. L'hyperthermie, contrairement à la théorie allemande, semble ne jouer qu'un rôle accessoire.

XVIII. — Variole cohérente. 23 ans. Grossesse de six mois et demi. Le treizième jour, mouvements actifs de l'enfant. Le quatorzième jour, accouchement d'un enfant mort, une heure après, sans trace de variole. Agitation extrême. Pas d'hémorrhagie. Mort à six heures du matin, le quinzième jour. La température n'avait jamais dépassé 39,5.

XIX. — Variole cohérente. 23 ans. Grossesse de sept mois. Eruption le quatrième jour. Accouchement le cinquième. Pertes médiocres, abondantes le premier jour ; presque nulles les jours suivants. Guérison après une convalescence longue et difficile.

XX. — 31 ans. Variole cohérente. Grossesse de six semaines ou deux

mois. Avortement le neuviène jour. Pertes abondantes pendant deux jours. Guérison. La variole était confluente à la face et aux mains.

XXI. — 26 ans. Variole confluente (?). Grossesse de quatre mois et demi. Eruption après quarante-huit heures de prodromes. Le huitième jour de la maladie, accouchement de deux fœtus. La malade ne perd pas beaucoup. Dessiccation à la face. Le douzième jour, agitation. Le treizième jour, collapsus. Le quatorzième jour de la maladie, mort, six jours après l'accouchement sans trace d'hémorrhagie.

XXII. — 33 ans, Variole confluente (?). Grossesse à terme. Accouchement dès le début de la maladie. Lochies normales. Eruption le surlendemain de l'accouchement. Çà et là quelques points ecchymotiques. Au milieu de la suppuration, les pustules s'affaissent. Poitrine pleine de râles. Mort le onzième jour. Pleurésie, endocardite.

XXIII. — 22 ans. Variole confluente (?). Grossesse de deux mois. Eruption apparue à la fin du deuxième jour. Sueurs; rash ; quelques pustules à centre ecchymotique. Avortement le quatrième jour. Variole devenant franchement hémorrhagique le sixième. Mort le dixième jour. Endo-péricardite ; sérosité sanguinolente, apoplexie pulmonaire ; ecchymoses peritonéales.

L'impulsion, imprimée à la maladie par l'accouchement, est ici bien nette. La forme signalée par notre maître et ami, M. le Dr Raymond, existe donc. *On ne peut dire*, *cependant*, *que ce soit la règle*, et que l'accouchement fasse devenir hémorrhagiques les formes qui ne le sont pas ou qui ne doivent pas le devenir. D'autre part, nous voyons que la variole puerpérale n'a pas besoin d'être hémorrhagique pour tuer la mère et l'enfant.

Nous ne rapportons pas de cas de variole *vraiment* confluente. En effet, pour nous cette forme étant fatalement mortelle, elle nous semble défavorable à l'étude de l'influence réciproque de la variole et de la puerpéralité.

Nous avons tenu à donner un résumé de ces observations qui nous montrent, par la variété même des résultats, combien il est difficile de formuler des conclusions présentant quelque certitude.

Il n'est plus d'accoucheurs ni de médecins qui, aujourd'hui, puissent se montrer partisans de cette idée, encore si en faveur dans les classes populaires, à savoir que la grossesse confère aux femmes une sorte d'immunité contre les maladies contagieuses ou épidémiques et, en particulier, contre la variole. Nous ne songerons donc pas à faire servir les observations précédentes à la réfutation d'une opinion qui n'est plus considérée que comme un préjugé. Presque tous les auteurs semblent aujourd'hui admettre que les femmes enceintes ne sont pas plus prédisposées que les autres à contracter la variole, mais que, lorsqu'elles viennent à en être atteintes, celle-ci affecte chez elle une allure très grave.

Il ne faudrait cependant pas voir seulement dans cette idée le reflet de l'aphorisme hippocratique : « Mulierem utero gerentem, capi ab aliquo morbo *acuto* lethale est. » (Hip. op. De aph., lib V.)

Mauriceau (1668) est presque aussi affirmatif, dans son « Traité des maladies des femmes grosses » (Liv. I. DXXVI). Mais pour lui, ce n'est plus l'acuité de la maladie, mais l'*avortement*, qui joue le rôle fatal. Il n'en fait, au contraire, jouer aucun à la maladie même, qui précisément par sa gravité ou par sa malignité provoque l'avortement.

Serres, dans un travail intitulé « Considérations nouvelles sur la variole et son traitement », et inséré dans la *Gazette médicale* (1832), rapporte que sur 27 femmes enceintes atteintes de variole, 23 avortèrent et que, de ces dernières, 22 moururent.

Gariel (Thèse de Paris, 1837), Chaigneau (Thèse de Paris, 1847), qui fait toutefois quelques réserves, M. Hervieux (*Gaz. des Hôp.* 1864, et plus tard, dans le chapitre qu'il consacre à la variole. Traité des maladies puerpérales, 1870), constatent la gravité exceptionnelle de la variole chez la femme enceinte.

En parcourant les faits que nous avons mentionnés plus haut, on verra que la statistique que nous pouvons dresser est moins sévère que celle de Serres. En effet, sur 23 femmes enceintes atteintes de variole, 11 avortèrent, dont la mortalité

s'élève à 8. Ces chiffres nous montrent éloquemment que si la grossesse ne constitue pas une prédisposition, elle est loin d'être un préservatif, que la femme grosse contracte les maladies régnantes tout comme une autre personne (Stoltz, Dict. Jac. art. Grossesse. Bouchut, *Gaz. des Hôp.*, 1849. Ritau, Thèse de Paris, 1874), et que, la variole en particulier est, en cas de grossesse, une maladie très grave.

D'où lui vient ce caractère de gravité? Dirons-nous que la variole, évoluant sur un terrain modifié, ou même fatigué par la puerpéralité, prend ou gagne une intensité proportionnelle? M. Stoltz (loc. cit.) pense que la grossesse qui modifie momentanément, mais d'une manière sensible, l'organisme et surtout la composition du sang, aggrave l'état général, mais non la variole. Cette maladie, chez la femme enceinte, *n'est pas plus souvent confluente ou hémorrhagique que chez la femme qui n'est pas en état puerpéral.*

M. Hervieux (loc. cit., p. 1087) se prononce de la manière suivante : « La période d'éruption et celle de suppuration ne présentent généralement rien de remarquable, quant aux phénomènes locaux de l'exanthème. Mais les phénomènes généraux revêtent fréquemment le caractère typhoïde. J'ai noté souvent une fièvre intense pendant les périodes d'éruption et de suppuration, même dans les cas où la variole avait été modifiée par la vaccine ; de plus, je constatais la sécheresse de la langue, la céphalalgie, les vomissements, l'abattement, la diarrhée, l'insomnie, le délire, alors même qu'il n'existait ni dans le ventre ni dans les autres cavités splanchniques aucune lésion qui pût expliquer tous ces désordres fonctionnels. »

Nous avons déjà signalé l'opinion de Mauriceau (1668) que nous pourrions qualifier de *mixte*, par rapport aux deux précédentes. Nous en avons marqué le point faible et nous avons déjà exposé les raisons qui nous font partager l'avis de M. Stoltz.

En effet, chez une femme grosse, les varioles bénignes (varioloïde ou variole discrète) peuvent évoluer sans plus d'accident que chez n'importe quelle autre femme. Si nous avons vu

quelques avortements exceptionnellement produits par ces formes bénignes, nous ne les avons jamais vus suivis de mort.

Si la variole est cohérente, si elle est confluente, les dangers augmenteront proportionnellement, et, on pourrait, chez elles, établir un tracé de léthalité, dont les courbes seraient absolument parallèles à celles qui seraient faites pour des varioles évoluant en dehors de l'état puerpéral.

Voilà tout au moins ce qui se produit si la femme n'avorte pas. Mais, dans les dernières formes, la femme avorte le plus souvent. Si la maladie *est assez maligne pour produire l'avortement* et surtout pour l'amener rapidement, le pronostic doit s'assombrir, la variole sera grave, mais non pas tant par le fait de l'avortement, qu'en raison même de la cause morbide qui l'a provoqué. Et, en effet, ainsi que l'a fort bien remarqué Chaigneau (loc. cit.) le pronostic doit être moins sévère lorsque l'avortement se produit vers le déclin de la maladie, et que, par conséquent, *la femme n'est plus soumise simultanément à deux causes dépressives.*

L'avortement, comme le voulait Mauriceau, n'est donc pas la cause exclusive de la gravité de la variole puerpérale ; mais il peut en être un excellent thermomètre. D'autre part, la preuve qu'il est loin d'être un phénomène indifférent, c'est que la *gravité de la variole puerpérale semble diminuer à mesure que la grossesse est plus récente.*

Il est donc intéressant de connaître *la fréquence de l'avortement et de savoir à quel moment il se produit le plus souvent.* Nous venons d'étudier ses conséquences ; faudra-t-il tenter de rechercher ses causes ?

L'avortement est extrêmement fréquent de par la variole. Nous avons déjà donné les chiffres rapportés par Serres (1832). qui, sur 27 femmes enceintes varioleuses, a vu 23 femmes avorter. Dans les 23 cas que nous avons rapportés, la variole a donné lieu 11 fois à l'avortement ; elle doit donc être rangée immédiatement après la pneumonie et le choléra, pour la puissance abortive.

Il ne faut pas confondre la puissance abortive avec le nom-

bre des avortements causés. En effet, M. le professeur Fournier a montré, par une statistique récente, que c'était, de toutes les maladies, la *syphilis qui causait le plus d'avortements*. Cela tient bien plus à la fréquence extrême de cette maladie qu'à sa puissance abortive proprement dite. (Voir : Syphilis et mariage ; sur 85 cas, 58 avortements ou naissances d'enfants mort-nés ou mourant à courte échéance.)

L'avortement, dans le cours de la variole, se produit à des moments différents, tantôt à la période d'invasion et surtout d'éruption (4) tantôt dans le cours ou à la fin de la suppuration Dans un cas, l'enfant a pu mourir dans les premiers temps de la maladie, mais n'a été expulsé, en bloc, que le vingtième jour ; il s'agissait d'une grossesse de quatre mois. Dans d'autres cas, l'enfant est expulsé presque aussitôt qu'il est tué. Mais, le plus souvent, il vit et meurt quelques jours ou plutôt quelques heures après sa naissance. Pour la mère, la mort est survenue *deux* fois le lendemain de l'accouchement, *une* fois le deuxième jour, *une* fois le troisième jour, *une* fois le quatrième jour, *une* fois le cinquième jour, *une* fois le sixième jour. La mort, enfin, est arrivée aussi dans un cas où la grossesse était à terme, où les couches furent normales, et le dixième jour après l'accouchement. Tout ce qui résulte de ces faits, ce n'est pas la conclusion de Chaigneau, mais seulement que, si la mort ne suit pas de très près l'accouchement, la femme pourra être sauvée ; car si l'accouchement ne cause pas, il *hâte* l'issue fatale, d'autant plus que la puerpéralité est plus prononcée.

Quelles sont les *causes de l'avortement* dans le cas de variole? Chez une femme enceinte, on ne saurait attribuer cet accident à ce que, comme pour la syphilis, par exemple, des lésions anatomiques, du fait de la variole, viennent se produire sur le placenta et sur les membranes et amener la déhiscence de l'œuf. Une semblable interprétation manquerait de la principale raison d'être, l'observation. Nous ne connaissons tout au moins aucun cas où la consécration anatomique ait eu lieu. Loin de là, quand, dès le début de la variole, la femme avorte, le placenta et les membranes sont indemnes à l'œil nu. Si le délivre paraît

lésé dans le cas où l'avortement n'amène l'expulsion que d'un fœtus mort et macéré, les lésions sont évidemment secondaires et nullement d'origine varioleuse. C'est-à-dire que nous ne saurions admettre à aucun titre l'opinion de Serres, admise également par M. Hervieux, que la métrorrhagie qui signale le début de la variole est souvent une cause d'avortement, c'est au contraire un signe de l'avortement.

Nous ne pouvons, en effet, comprendre comment il serait possible d'assimiler les métrorrhagies, qui se produisent dans les cas qui nous occupent, à celles qui surviennent en dehors de l'état de gravité et qui, nous l'avons vu, peuvent, *jusqu'à un certain point*, être assimilées, à des menstrues. Nous ne voulons point ici soulever la question de savoir si, oui ou non, les règles peuvent se continuer pendant la grossesse, nous bornant à remarquer que, si l'on se range à cet avis, on en arrive fatalement à enregistrer, sans critique, les faits analogues à celui que signalait, il y a près de deux cents ans, Deventer, une femme qui, avant toute gestation, n'avait jamais été réglée, le devint très régulièrement pendant quatre grossesses consécutives.

Certes nous n'ignorons pas que, *jusqu'au quatrième mois* environ, la caduque ovulaire est encore indépendante de la caduque réfléchie, mais nous savons aussi, pour les avoir plusieurs fois constatées, quelles modifications importantes a subies la muqueuse utérine (grosses cellules de la caduque, plis, glandes, etc.). Il nous paraît certain que, si une métrorrhagie survient dans ces conditions :

Ou bien le sang sort des vaisseaux de la caduque utérine, et alors, il sera possible de ne pas voir l'avortement se produire ; mais le symptôme métrorrhagie ne peut plus être considéré comme une cause d'avortement, et celui-ci se produisant en pareil cas est dû à ces modifications anatomiques qui ont amené la rupture des vaisseaux, mais qui, ne se limitant pas à la caduque utérine et s'étendant encore sur la caduque ovulaire, ont occasionné des troubles de nutrition du fœtus et enfin sa mort ;

Ou bien le sang vient des vaisseaux de la caduque ovulaire et alors l'avortement n'est plus à craindre, il commence.

Après le quatrième mois, quel que soit le cas, lorsque, dans le cours d'une variole, on voit survenir une hémorrhagie venant du corps de la matrice, nous croyons que l'on ne saurait se montrer trop absolu : cette hémorrhagie est l'indice de l'existence d'une rupture vasculaire dans le placenta ou dans les membranes, et l'on doit redouter ou même annoncer l'expulsion prématurée Nous n'avons vu, en effet, aucun cas de métrorrhagie qui n'ait été suivi, suivant l'âge de la grossesse, soit d'avortemeut, soit d'accouchement précoce.

Nous avons vu que l'avortement pouvait se produire avant, mais surtout après la période d'éruption. Nous ne croyons pas, avec Gariel (1837), « que l'intensité des douleurs lombaires donne lieu à un avortement certain ».

La rachialgie, nous l'avons vu, est un phénomène essentiellement variable dans son intensité comme dans son apparition; elle n'est pas proportionnelle à la gravité de la variole : dans les cas suivis d'avortement, nous ne l'avons pas constatée constamment plus vive que dans ceux où la grossesse a continué son cours, et nous avons vu, au contraire, la distinction très nette, perçue et établie spontanément par les femmes qui n'en étaient pas à leurs premières couches. Tout ce que l'on peut dire, c'est que généralement la rachialgie est intense dans les varioles graves, et que le plus souvent celles-ci provoquent l'accouchement. La rachialgie n'est donc plus une cause, mais une simple coïncidence.

Mais ne pourrait-on pas penser que les phénomènes médullaires, sur lesquels nous avons déjà insisté dans le cours de ce travail, et dont la rachialgie est une des expressions, sont aussi la cause des contractions intempestives de la matrice? Et cette action sur l'utérus ne semble-t-elle pas manifeste quand on se souvient combien les congestions utérines et les métrorrhagies sont fréquentes au début de la variole et que ces écoulements de sang se montrent à la période d'invasion et les avortements, plus tard, à la période de suppuration ?

Cette théorie est fort séduisante. Les douleurs lombaires, que l'on observe pendant la période de dilatation du col dans tout accouchement, seraient les premiers effets d'une altération médullaire aboutissant à l'accouchement. Nous n'oserions nous aventurer sur ce terrain, où nous n'avons aucune compétence et où nous nous verrions exposé à discuter des résultats tels que ceux formulés par Mme Boivin, qui n'a décrit et analysé les douleurs de l'enfantement que *d'après son expérience personnelle!*

D'autre part, l'on ne saurait admettre l'origine médullaire de cette complication de la variole (avortement). En effet, il est aujourd'hui certain que l'utérus gravide, sollicité par des excitations directes, alors qu'il est complètement isolé de la moelle, se contracte d'une façon rhythmique. Notre excellent collègue et ami, M. Bar, nous a fait constater plusieurs fois l'année dernière, dans le laboratoire de M. Cornil, à l'hôpital Saint-Antoine, ce phénomène expérimental qui s'explique suffisamment, d'ailleurs, si l'on veut tenir compte du développement du système nerveux dans l'utérus (nerfs et ganglions), pendant la grossesse, fait anatomique sur lequel les recherches de M. Frankenhausër, de Zurich, bien que contestables sous certains rapports, ont jeté une grande lumière.

Mais ce qui, surtout, s'oppose à admettre l'origine médullaire des contractions utérines amenant l'expulsion de l'œuf et du fœtus au début de la variole, c'est que le centre moteur de l'utérus ne paraît pas siéger, ne siège pas, devrions-nous mieux dire, dans la moelle. Sur ce point, les recherches de MM. Vernick et Schlesinger nous paraissent à l'abri de toute contestation. Nous n'avons pas à rapporter ici, dans les détails, les expériences de ces habiles physiologistes, renvoyant pour cela à leurs mémoires (Wernick, Virch. Archiv., t. LVI, p. 505, 1872. — Schlesinger, Wien. med. Jahrb., Bd. I, Heft 4, p. 17); nous mentionnerons seulement leurs conclusions. En produisant des contractions utérines par l'excitation faradique des nerfs périphériques, M. Schlesinger a pu voir que le centre des réflexes avait certainement son siège dans les masses nerveuses intra-

crâniennes. De son côté, M. Wernick, en donnant de l'ergotine à des lapines, a vu qu'il fallait que l'utérus fût en relation avec les centres crâniens ou les parties supérieures de la moelle. Or, tout nous porte à croire que le virus variolique ne porte pas son action si haut.

Comment donc agit la variole pour amener l'avortement? Nous croyons que c'est en modifiant les conditions nutritives du fœtus, en amenant la maladie et quelquefois sa mort. Or, nous n'avons pas à rappeler ici les faits si nombreux qui démontrent que la mort du fœtus est une cause fatale d'avortement. Nous n'avons donc qu'à nous poser la question suivante: Dans quelles proportions la variole modifie-t-elle les conditions de nutrition du fœtus? N'atteint-elle ce dernier qu'à titre de maladie fébrile aiguë? Ou bien faut-il voir, dans la mort ou dans l'état maladif du fœtus, l'effet spécial de son intoxication par le virus variolique? Disons incidemment que la composition du sang plus ou moins viciée (poisons hématiques, intoxications diverses, acide carbonique, oxyde de carbone, etc.), par son action stimulante sur la fibre musculaire elle-même, peut aussi déterminer les contractions utérines et favoriser l'avortement. Cette condition n'en est, d'ailleurs, qu'une cause accessoire, les principales étant l'hyperthermie et l'intoxication variolique, ainsi que nous allons le démontrer par l'examen des deux propositions précédentes.

A. — *Le fœtus peut-il, pendant la vie intra-utérine, être influencé, infecté par la variole?* Nous n'en pouvons rapporter aucun exemple personnel. Dans les cas que nous avons observés le plus souvent les enfants sont nés vivants, mais ont succombé, soit dès les premières heures, soit dans les quarante-huit heures, sans que nous ayons jamais pu voir d'éruption sur eux. Et lorsque l'accouchement prématuré a amené l'expulsion d'un enfant mort, nous n'avons jamais pu saisir la moindre trace de pustules varioliques, à aucun degré de développement que ce fût.

Bien loin de nous l'idée de nier la variole fœtale, établie par des faits dont l'authenticité ne saurait être mise en doute.

Nous voulons seulement faire remarquer que, sur les 11 cas que nous avons observés, il ne s'en est présenté aucun. La variole fœtale doit donc être considérée comme tout à fait exceptionnelle. Or, l'on se souvient du conseil de Pascal, de se montrer sévère à l'exception.

Ayant un nombre trop restreint de faits pour nous permettre de prendre position dans ce débat, nous nous contenterons d'énumérer les principaux cas connus de *variole fœtale :*

M. le professeur Charcot a communiqué en 1851, à la Société de biologie, un fait où il avait vu un fœtus naître avec une éruption variolique.

M. Bailly a rapporté un fait analogue, M. Depaul (Soc. de biol., 1853) cite un fœtus présentant à sa naissance des pustules varioliques.

Le 4 mai de cette année, M. Depaul a présenté à l'Académie de médecine un fœtus de 5 mois environ, qui présentait, lors de son expulsion, des pustules *varioliques*. M. Fournier qui examina le petit malade ne reconnut pas les caractères habituels de l'éruption variolique. D'autre part, l'examen microscopique a montré à M. Cornil que le derme seul était lésé, congestionné, et renfermait des glandes hypertrophiées. Certes, ce ne sont pas là des caractères histologiques de l'éruption variolique de l'adulte. Pendant la vie intra-utérine, celle-ci subirait-elle donc des modifications en rapport avec les circonstances dans lesquelles elle s'est développée? Nous laissons aux observateurs le soin de conclure. Toujours est-il que la mère avait eu la variole vers le troisième mois de sa grossesse ; elle en avait guéri et, au moment de sa sortie de l'hôpital, on avait pu reconnaître très nettement que l'enfant vivait. Quelques jours après sa sortie, la mère éprouva un malaise très vif et de la fièvre, dont on ne peut préciser la cause. Elle avortait, trois semaines environ après, d'un fœtus macéré dont la peau était couverte de papules. Il y a tout lieu de penser que l'état de malaise éprouvé par la femme correspondait au moment où le fœtus mourait.

MM. Devilliers et Blot ont fait remarquer dans la même

séance qu'ils avaient eu l'occasion d'observer des cas, moins douteux, de variole fœtale.

M. Teissier, à la maternité de Lyon, a vu l'enfant d'une femme morte de variole, quelques jours après ses couches, avoir à la peau des stigmates indubitables d'une éruption variolique (Soc. méd. des hôp., 1870, p. 145).

Nous devons mentionner les remarquables articles de Davidson (Lancet, 1838), de Chaigneau (1847), de Jacquemier (Gaz. hebdom., 1855), de Legros (Gaz. méd., 1865), et parmi les anciens auteurs, un mémoire de Ed. Jenner sur deux cas d'infection variolique communiquée à des fœtus encore dans la matrice (Méd. chir. transact., t. I, p. 271, 1815), et enfin, une thèse de Joseph Jarmyn, soutenue à Lyon, en 1792, sur la variole donnée au fœtus pendant la grossesse.

Nous terminerons ici ces citations, elles sont assez nombreuses pour lever tous les doutes sur la transmissibilité de la variole au fœtus.

En outre, il est un certain nombre de faits intéressants qui ne laissent pas de venir à l'appui de ce qui précède. Si, pendant sa grossesse, une femme est vaccinée, son enfant reste réfractaire à la vaccine pendant un temps plus ou moins long.

On connaît les expériences de Burkhard, qui ont été résumées dans la Revue d'hygiène et de police sanitaire (15 janvier 1880), et par lesquelles est pleinement vérifiée l'exactitude des expériences de MM. Rickett et Roloff. En 1877 et en 1878, cet auteur a revacciné, dans le service d'accouchement de M. Bischof, à Bâle, 28 femmes enceintes. Il ne put expérimenter que sur 8 enfants de ces femmes :

Les enfants de 4 femmes qui avaient eu des revaccinations positives furent réfractaires à la vaccine au moment de la naissance; chez l'un d'eux, cette immunité persistait encore au bout de six mois.

De deux femmes qui avaient été revaccinées avec un succès incertain, l'un des enfants fut réfractaire au vaccin, qui donna, au contraire, chez l'autre un résultat positif.

Deux autres femmes avaient été revaccinées avec succès; l'un des enfants se montra réfractaire au vaccin, l'autre non.

Si, pendant sa grossesse une femme est atteinte par la variole, son enfant peut-il être réfractaire à la vaccination?

M. Desnos (Soc. méd. des hôp., 1871), rapporte l'histoire d'une malade qui, pendant sa grossesse, eut une variole grave. Pendant la période de dessiccation, elle accoucha à terme d'un enfant bien portant qui ne présentait aucune trace d'éruption variolique. La mère et l'enfant restèrent pendant un mois dans la salle des varioleux. Trois fois on essaya de vacciner l'enfant, ce fut toujours sans succès. On ne pourrait, en ce cas, incriminer la nature du liquide vaccinal employé, car la vaccination réussit chez tous les autres enfants. Ainsi, voilà un enfant qui est resté pendant un mois dans une salle de varioleux, et qui s'est montré réfractaire aussi bien à la médecine qu'à la variole; il a donc été préservé pendant la vie intra-utérine? Ou bien l'intoxication du sang fourni au fœtus par la mère a été insuffisante pour préserver l'enfant des atteintes de la variole pendant un temps qu'il n'est pas possible de déterminer; ou bien l'enfant a pris dans le sein de la mère malade une variole légère qui n'aurait pas laissé de traces. Telles sont les deux alternatives qui se posent. M. Desnos fait remarquer que la dernière hypothèse ne s'appuie sur aucune des circonstances de l'observation. Qnant à la résistance de l'enfant à l'action du contage des virus varioleux et vaccinal, elle ne paraît pas pouvoir être mise en doute.

Peut-être sommes-nous là en présence d'un des procédés par lesquels l'organisme conquiert l'immunité. Peut-être, par analogie, peut-on supposer que la syphilis n'est si bénigne chez certains individus que parce qu'ils jouissent ainsi héréditairement d'une immunité relative? Et encore, le fait n'est pas toujours confirmé par l'observation. M. Fournier a vu des enfants de syphilitiques contracter la syphilis à leur tour et avoir aussi une syphilis maligne. La syphilis sera, dans d'autres cas, particulièrement maligne chez tous les individus d'une même

famille. Toutes ces allures de bénignité ou de malignité qu'affecte la syphilis tiennent bien plus à des conditions individuelles encore mal déterminées qu'à toute autre raison.

Enfin, si la transmissibilité intra-utérine d'une maladie contagieuse est mise hors de doute par les faits les plus démonstratifs, elle est loin de se réaliser dans tous les cas ; peut-être même, au lieu d'être la règle, n'est-elle que l'exception ?

Dans la trichinose (voir p. 60) il y a des observations incontestables dans lesquelles des mères contaminées ont donné naissance à des enfants sains (Annales de dermatologie, t. X, nº 4). De même pour le charbon (Davaine) chez les animaux.

Pour la syphilis, le fait n'est pas douteux. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour la variole ? Certains organismes n'ont-ils pas pour tel virus une réceptivité tellement marquée que l'on voit ces individus mourir de la variole, après avoir été plusieurs fois vaccinés avec succès, et même après avoir eu, non pas des varicelles, mais parfois jusqu'à deux attaques varioleuses bien démontrées ? Pour la variole même, des faits nombreux attestent l'inconstance de la transmissibilité et de l'immunité acquise pendant la vie intra-utérine. En 1870, Gubler en rapportait encore un exemple (p. 164) remarquable à la Société médicale des hôpitaux. La mère accoucha pendant le cours d'une variole discrète. Huit jours après sa naissance, l'enfant fut pris, à son tour, de variole. Que l'enfant ait pris la variole par une sorte d'imprégnation intra-utérine, ou bien qu'il l'ait contractée, au passage, par une incubation directe qui se serait faite malgré l'enduit sébacé, il n'a pas été préservé par la maladie maternelle. Dans ce débat, il ne peut pas être question de la durée plus ou moins prolongée de l'imprégnation virulente. Quoi qu'il en soit, *il n'était pas moins avéré qu'il existe des cas bien observés dans lesquels, pendant la vie intra-utérine, les produits de la conception ont été infectés par la variole.*

Mais, si nous voulons pénétrer plus avant dans cette étude, nous ne trouvons plus qu'obscurité. Aucun fait, actuellement connu, ne peut autoriser à dire en quoi consiste l'agent virulent

de la variole. On connaît les idées que M. Pasteur a émises dernièrement encore à l'Académie, à propos du choléra des poules et des inoculations de liquides cultivés en proportions décroissantes, à l'aide desquelles ce savant serait arrivé à rendre ces animaux réfractaires à la maladie. On sait aussi que M. Pasteur croit que l'agent virulent de la variole consiste en des éléments figurés et vivants. La question n'en reste pas moins loin d'être élucidée par la présence même habituelle de ces éléments dans les organismes variolisés. Nous avons déjà dit que c'était un fait commun à toutes les infections et qu'il n'était même pas constant pour la variole (Letzerich, Weigert, Luginbühl, microcosmus), Béchamps (Académie des sciences), Coze et Feltz (bactérie). Mais le fût-il, qu'il faudrait encore démontrer que c'est bien là le germe morbifique lui-même, et non pas seulement soit son véhicule, soit seulement un indice de l'infection de l'organisme. *Nous nous bornerons à faire remarquer que si de semblables éléments (vibrions ou microbes) étaient indispensables, même à la transmissibilité de la variole, il faudrait renoncer à admettre l'infection du fœtus pendant la vie intra-utérine.*

En effet, quelle que soit l'opinion que l'on accepte sur la structure du placenta; que l'on admette, ce qui est vrai pour nous, sauf quelques restrictions, la théorie de M. Ercolani sur l'organe glandulaire placentaire, ou que l'on considère cet organe comme un simple filtre, il nous paraît surabondamment prouvé qu'aucun élément figuré ne traverse et ne peut traverser le placenta (1872, et *Archives de tocologie*, 1877).

Les globules sanguins du fœtus lui appartiennent bien en propre et jamais ne peuvent provenir de la mère. Le fœtus, en se développant, n'emprunte à l'organisme maternel que des matériaux liquides. Les belles recherches de Claude Bernard sur la fonction glycogénique du fœtus, celles de M. Fehling, de M. Jassinski, qui, en injectant, le premier, de l'encre de Chine, le second, du carmin, dans le torrent circulatoire de la mère, ne les ont jamais trouvés dans l'appareil circulatoire du fœtus, et ont ainsi réfuté les conclusions que M. Reitz avait cru pouvoir

tirer d'une expérience vicieuse et incomplète. Les recherches de M. Brauell, qui a montré que jamais les poisons solides ne dépassaient le filtre placentaire; enfin, les remarquables expériences qui sont consignées dans la thèse inaugurale de M. Porack, sur l'absorption des médicaments par le placenta, *lorsqu'ils sont solubles*, tout nous montre que, si petits qu'ils puissent jamais être, des éléments figurés ne peuvent passer de la mère à l'enfant.

Nous pourrions multiplier à l'infini les preuves à l'appui de cette assertion (Chauveau, *Recherches sur la partie active du virus vaccin*, 1878. — Liebig, Robin, etc.). Nous nous contenterons de rappeler, en terminant, les expériences de M. Davaine, qui a prouvé que l'inoculation du charbon à la mère ne pouvait jamais en rien atteindre le fœtus; c'est dire que nous n'admettons pas les cas de prétendue trichinose intra-utérine, rapportés par quelques auteurs. De tout ce qui précède, que conclure? Nous pensons que toutes ces connaissances physiologiques seraient de la plus haute importance pour l'étude de la variole, à l'occasion de laquelle nous pouvons poser ce dilemme :

Ou bien la variole du fœtus pendant la vie intra-utérine existe, et alors l'agent virulent de la variole ne consiste pas en des éléments figurés;

Ou bien, si ceux-ci venaient à être démontrés, il faudrait rejeter tous les cas rapportés de variole fœtale et les considérer comme des errreurs de diagnostic.

Or, la clinique semble prouver la variole intra-utérine. C'est là un puissant argument que nous avons tenu à ne pas isoler de l'étude de la variole puerpérale et fœtale, et qui vient à l'appui de tout ce que nous avons déjà dit quand nous avons traité de l'anatomie pathologique du sang dans la variole.

Nous devons, avant de terminer ce qui a rapport à la *variole intra-utérine*, faire une réserve pour le cas récent de M. Depaul. Les pièces ont été soumises par M. Cornil à l'examen histologique. Il en résulte que c'est dans le derme et non dans l'épiderme, comme il arrive ordinairement dans la variole, que

siégeaient les lésions; celles-ci constituaient des espèces de *papules* ne rappelant aucun degré du développement de la pustule variolique. Mais nous laisserons à MM. Cornil et Depaul le soin de conclure.

B.— Quoi qu'il en soit, il est tout au moins une cause d'avortement qui est incontestable et qui paraît surtout agir en tuant le fœtus ou en troublant tout au moins profondément sa nutrition, c'est *l'hyperthermie*, car si la pneumonie agit comme maladie grave, l'érysipèle et même l'urticaire ne peuvent, pour la même raison, agir sur l'utérus. Toutefois, comme le prouve, l'innocuité *dans la plupart des cas* de la fièvre typhoïde sur la variole, l'hyperthermie agit moins pour causer l'avortement que l'intoxication aiguë proprement dite.

Il y a déjà longtemps qu'on a remarqué que la fréquence du pouls maternel n'était pas sans influence sur la rapidité du pouls fœtal.

Cependant, il faut arriver à une époque tout à fait récente, en 1846, pour voir M. Kaminski réunir un grand nombre de faits qui démontrent surabondamment que la haute température de l'organisme maternel réagit sur la santé de l'enfant. Les faits les plus démonstratifs furent tirés d'observations prises sur des femmes qui furent atteintes plusieurs fois, pendant la grossesse, d'accès de fièvre intermittente, et l'on a pu formuler la conclusion suivante : que, lorsque la température de la mère dépassait 40°, il y avait beaucoup à craindre pour la santé de l'enfant.

M. Runge expérimenta sur des lapines pleines et put voir les fœtus périr chaque fois que la température atteignait 41°,5.

On ne saurait tirer de ces recherches la moindre conclusion de ce qui se passe chez la femme. Mais M. Zweifel a rapporté un cas bien intéressant d'une femme ayant dû subir une température de 43°,95. Cet auteur fit l'opération césarienne; l'enfant était mort et sa température, prise à l'aide d'un thermomètre introduit dans l'anus, était encore de 42°.

On comprendra enfin toute la gravité pour l'enfant de l'hy-

perthermie maternelle, si l'on se souvient que, d'après les recherches de Schœfer, d'Andral, de M. Fehling, la température du fœtus est toujours supérieure de 0°,3 à 1° à celle de la mère.

En résumé, si l'aphorisme hippocratique (t. IV, p. 543) n'est pas absolument vrai, si toute maladie aiguë n'est pas mortelle pour une femme grosse, si la variole puerpérale n'est pas, comme on l'a dit, « la mort sans phrase », elle n'en constitue pas moins, pour la mère et pour l'enfant, un des dangers les plus formidables.

Toutefois, ce n'est pas à dire que la variole revête, chez la femme enceinte, le caractère confluent ou hémorrhagique plus que chez toute autre femme. La transformation hémorrhagique ultérieure se montre bien dans certains cas; mais, le plus souvent, la femme succombe épuisée par la réunion de ces causes dépressives agissant simultanément et amenant un collapsus graduel, une sidération nerveuse promptement mortels. Quant à l'enfant, ce n'est pas, comme dans la syphilis, à des lésions placentaires, à des troubles de nutrition qu'il succombe.

L'hyperthermie, la souffrance puis la mort du fœtus, enfin l'état du sang intoxiqué, telles sont les causes de l'avortement.

La mort du fœtus ne peut, en effet, être seule invoquée, puisque, plus d'une fois, l'enfant, né avant terme, est venu vivant. En présence de ces éventualités, que faire? Une intervention, qui pêche peut-être par un excès de hardiesse, doit cependant ne pas être passée sous silence, surtout si l'on fait la réserve expresse de n'y avoir recours que lorsqu'on perdra l'espoir de sauver la mère : c'est l'opération césarienne, conseillée par M. Runge; elle ne doit être pratiquée que si la mère est manifestement perdue, et lorsque, mais aussitôt que la température a dépassé 41°. Cette manière de faire sera plus facilement acceptée aujourd'hui que la méthode antiseptique a placé la gastrotomie dans le domaine de la chirurgie journalière. Dans les cas où l'opération serait décidée, c'est évidemment, dans l'état

actuel des choses, au procédé de Porro qu'il faudrait donner le choix.

2° De la variole pendant les suites de couches.

I. — 19 ans, non vaccinée. Accouchement à terme, normal et sans perte. Enfant bien portant. Huit jours après, prodromes de variole. La durée de l'invasion fut de trois jours et demi. Eruption discrète Evolution normale, sans rash, sans purpura des membres inférieurs, sans suffusion sanguine. Guérison.

II. — 27 ans. Non revaccinée. Accouchement heureusement effectué à terme. Elle allaitait son enfant quand elle fut atteinte de la petite vérole, dix-sept jours après ses couches. Eruption discrète. Il n'y a absolument rien à noter pendant l'évolution de la maladie, qui se termina par la guérison.

III — 28 ans. Variole discrète apparue le dix-neuvième jour après un avortement de cinq mois. Rien de spécial à noter, sinon une métrorrhagie apparue le quatrième jour de la maladie et une endocardite née le sixième jour. La métrorrhagie a été extrêmement abondante et a duré dix-sept jours. La variole doit-elle être seule invoquée ? Guérison avec persistance des souffles cardiaques.

IV. — 25 ans. Variole discrète. Nourrit son enfant depuis dix mois. Les règles qui n'avaient pas reparu depuis sa grossesse, apparaissent le jour même de son entrée à l'hôpital. La *sécrétion lactée n'a été influencée en rien*, excepté passagèrement diminuée les deux premiers jours. Guérison.

V. — 21 ans. Variole cohérente. Nourrice depuis neuf mois. Les règles étaient revenues depuis quinze jours. Symptômes ordinaires. Rien de particulier à noter du côté des mamelles. Guérison.

VI. — 30 ans. Variole cohérente. Accouchement, il y a cinq jours, d'une petite fille bien portante. Suites de couches très heureuses. Les lochies coulent bien. Guérison.

VII. — 26 ans. Variole cohérente apparue un mois après un accouchement à terme. Guérison.

VIII. - Trois semaines après l'accouchement. Variole confluente.

IX. — Nourrice de neuf mois. Variole confluente. Mort.

X. — Nourrice de trois semaines. Variole confluente. Mort.

Nous rappellerons un cas de variole de moyenne intensité survenue le lendemain de l'accouchement et terminée par la mort.

Ces exemples suffisent à montrer que c'est bien la simultanéité de la variole, soit l'envahissante, soit l'éruptive, et de l'accouchement ou de l'avortement, qui fait la gravité de ces circonstances. Cette gravité diminue au fur et à mesure que l'on s'éloigne du jour de l'accouchement, et très rapidement la femme, qui est dans la période des suites de couches, se retrouve en face de la variole, dans des conditions identiques à celles de toute autre femme.

Si la *lactation* a été continuée pendant la maladie, nous *n'avons remarqué aucun retentissement spécial de la variole* sur cette fonction. La fièvre et l'hyperthermie n'ont pas tari la sécrétion dans les cas que nous avons observés.

Tout ce que nous avons dit dans le dernier chapitre nous dispense d'entrer dans de plus longs détails. Nous pouvons même ajouter que si, en dehors de l'accouchement et de l'avortement, le pronostic devient si grave, ce n'est pas à cause de l'avortement; et on pourrait presque dire que si *l'avortement s'est produit, c'est à cause de la gravité de la variole*. Mais c'est surtout pendant les suites de couches qu'il devient manifeste que c'est sur la malignité de la variole seule que repose le pronostic. Nous avons déjà discuté la transformation hémorrhagique signalée par M. Raynaud.

Nous ne ferons qu'indiquer, en terminant, l'opinion de quelques auteurs, et en particulier de Baxton-Hicks et de James Chapperton, qui pensent que, la variole survenant pendant les suites de couches, pourrait, en évoluant sur ce terrain particulier, subir de telles modifications qu'elle deviendrait méconnaissable et simulerait la fièvre puerpérale. Les médecins qui seraient tentés d'adopter une telle opinion pourraient trouver des arguments dans les expériences entreprises par MM. Coze

et Feltz. Mais on sait que M. Chauveau n'admet pas ces conclusions et que, pour l'éminent physiologiste de Lyon, les maladies consécutives à l'inoculation du sang varioleux aux lapins n'ont jamais eu rien de commun avec la variole.

3° *Pendant la ménopause.*

Nous aurons très peu de chose à dire sur la variole survenant à cette période. Les organes génitaux sont indifférents au virus variolique : comme ils le sont devenus aux autres excitants. Nous avons vu plusieurs cas de variole chez des femmes âgées; les cas de variole avaient une intensité variable : dans les cas légers comme dans les cas graves, nous n'avons jamais observé ni congestion utérine, ni fluxion ovarienne, ni écoulement rouge ou simplement leucorrhéique. Il serait curieux de savoir si la variole, survenant chez une femme atteinte de cancer utérin, serait particulièrement accompagnée de métrorrhagies. Nous n'avons pas été à même d'assister à un fait de ce genre.

Nous avons pu voir que la variole retrouvait, chez les personnes âgées, la gravité qu'on lui remarque dans le jeune âge. Pour les jeunes enfants, une variole discrète est une maladie grave, parfois mortelle. Nous avons également vu une femme de 58 ans succomber épuisée à la période de dessiccation d'une variole à peine cohérente. Les cas de variole deviennent d'ailleurs d'autant plus rares que la vieillesse est plus avancée. La variole est presque inconnue dans les asiles des vieillards.

Cependant, comme le fait remarquer M. Charcot (Mal des vieillards, p. 13), la vieillesse ne crée pas d'immunité plus absolue pour la variole que pour la phthisie, fait déja démontré par Rayer, Murchison et par l'épidémie de Mayence, qui a sévi sur un grand nombre de vieillards, même âgés de 78 et 79 ans. (Parrot, *Gazette des hôpitaux*, 1880.)

De cette étude il résulte que la variole dans l'état puerpéral est une maladie des plus graves. Il nous reste à *étudier comparativement le pronostic des deux autres fièvres éruptives.*

Rougeole. — Nous connaissons peu de chose sur la rougeole dans l'état puerpéral. Grisolle dit avoir observé quatre cas dans lesquels la grossesse n'a été en rien influencée. Bourgeois (De l'influence des maladies de la femme pendant la grossesse sur la santé de l'enfant, Acad., 1862) rapporte quinze faits dans lesquels huit fois il y eut avortement, sans cependant d'accidents graves pour la mère. Plusieurs auteurs, Guersand, Rœsen, Bourgeois, ont cité des observations de transmission au fœtus. M. Gautier, dans un récent mémoire (*Archiv. de gynéc.*, 1879), se prononce aussi pour l'innocuité de la rougeole puerpérale. Bien que les documents sur ce sujet soient encore peu nombreux, nous croyons que l'on peut se ranger à cette dernière conclusion.

Scarlatine. — Nous ne nous occupons de cette affection qu'au point de vue du pronostic : c'est dire que nous n'entrerons pas dans les discussions à perte de vue dans lesquelles se sont engagés les auteurs, les uns admettant dans certains cas que la scarlatine pendant la grossesse subirait, dans son évolution clinique, des modifications telles qu'elles mériteraient le nom spécial de maladie scarlatinoïde (Guéniot) ; les autres l'assimilant, quand elle survient dans les suites de couches, à une véritable fièvre puerpérale. La scarlatine peut survenir pendant la grossesse, malgré l'opinion contraire de Trousseau (Epid. de Cour-Cheverny, 1828) et de Senn. M. Hervieux (*Union médicale*, 1867) en rapporte sept cas très nets et conclut à la bénignité de la scarlatine puerpérale. Mais, ainsi que l'ont fort bien remarqué MM. Mac-Clintok (1866) et Obshausen, c'est le plus souvent dans les jours qui suivent de près l'accouchement que survient la scarlatine. Dans ces cas, elle serait beaucoup plus grave. Sans tenir compte des causes directes de la mort, voici la statistique que nous trouvons dans la thèse de M. Lesage et qui nous paraît l'expression exacte de la réalité. Sur 8 femmes prises immédiatement après l'accouchement, il y eut 6 morts, soit 75 0/0. Sur 64 femmes prises le premier et le second jour, il y eut 36 morts, soit 56 0/0. Sur 27 femmes prises le

troisième jour, il y eut 14 morts, soit 51,8 0/0. Sur 26 femmes prises du troisième au huitième jour, il y eut 5 morts, soit 19,2 0/0. Une femme fut prise dans le mois et guérit. En 1878, notre collègue et ami M. Colson a communiqué à la Société clinique deux cas de scarlatine apparue quarante-huit heures après les couches, qui furent rapidement mortels.

Depuis le commencement de cette année, deux femmes ont été, à la Maternité de Paris, atteintes de scarlatine intense du dixième au quinzième jour et ont guéri. Nous nous associons pleinement aux conclusions formulées par M. Lesage : « La proportion de mortalité décroît à mesure que la maladie apparaît à un jour plus éloigné de l'accouchement ; il y a d'autant plus de chance de guérison qu'elle se déclare plus tard. Nous pensons que ce qu'il faut surtout considérer dans la scarlatine puerpérale, c'est la maladie elle-même, et non pas, comme le veulent MM. Baxton-Hicks et Martin, de Berlin, les complications inflammatoires survenant du côté de l'appareil génital. »

Au point de vue de la gravité, la variole puerpérale occupe donc toujours le premier rang, 61,5 0/0; immédiatement après elle, vient la scarlatine, 50 0/0, et, très loin ensuite, la rougeole.

LES OPÉRATIONS INUTILES EN GYNÉCOLOGIE

(*La gynécologie indiscrète.*)

Par Clifton E. Wing (de Boston) (1).

L'affection exagérée qu'ont les gynécologistes pour les opérations est connue et énoncée par les médecins. Les spécialistes leur répondent : « Cette spécialité est jeune encore, et les médecins qui n'en ont pas fait l'objet d'une étude particulière connaissent peu ou ne connaissent rien au traitement

(1) *Norfolk district med. Soc.*, 22 mars 1881 (*Boston, med., and. surg. Journal*).

des maladies des femmes. » Sans doute, il y a quelque vérité dans cette réponse; mais elle tourne la question plutôt qu'elle ne l'aborde. J'ai déjà dit (1) que je crois qu'on abuse des opérations. Puisqu'on m'a demandé fréquemment à quelles opérations je faisais allusion, je vais parler de quelques-unes de celles qui ont le plus de vogue.

L'honoraire que peut demander un gynécologiste pour « une opération chirurgicale » est de beaucoup plus élevé que ceux qu'il peut gagner honnêtement par des moyens plus simples.

Les médecins peu scrupuleux peuvent augmenter leur revenu professionel en faisant autant d' « opérations chirurgicales » que possible. Mais entre deux praticiens honorables tous deux, au-dessus du soupçon de sacrifier l'honneur à la bourse, l'un fera plus d'opérations que l'autre. Les tendances dépendent beaucoup de l'élévation et de la tournure de l'esprit, et de l'éducation que chacun à reçu de ses maîtres ou acquise dans son entourage.

Sans doute, quand la spécialité était au berceau, il importait que l'on sût que le gynécologiste disposait d'opérations capables de soulager,— même de guérir des cas crus incurables. — Néanmoins, je crois que la balance à penché trop bas dans le sens opératoire, et je crois que nous pourrions arriver à regarder « l'ère opérative » actuelle du même œil avec lequel nous considérons actuellement le temps où l'on regardait toutes les fistules vésico-vaginales comme incurables, et où les femmes qui souffraient des lombes étaient cautérisées tout le long du dos, pour des « troubles spinaux ».

Il me semble qu'il y a quelque analogie entre la pratique actuelle de nombre de médecins spécialistes, et l'orthopédie telle qu'on la faisait quand j'étais étudiant. On nous parlait beaucoup de l'excision du col fémoral dans la coxalgie, mais peu des moyens de prévenir le mal, de l'arrêter avant qu'on fût obligé d'en venir à l'excision, et l'opération nous semblait au moins aussi intéressante que le bien-être de nos malades. Une fois l'opération faite, peu d'étudiants s'occupaient des malades ou même du cas.

(1) *Modern abuse of Gynecology* (*Suffolk med. Soc.*, 10 avril 1880.)

Je n'ai pas l'intention d'examiner maintenant les opérations gynécologiques rares; je ne ferai que parler des plus ordinaires :

1° La restauration du périnée;

2° La division du col utérin;

3° L'autoplastie du col déchiré (opération d'Emmet);

4° Le curage de l'utérus;

5° L'opération sur la paroi vaginale antérieure pour le prolapsus vaginal et la cystoïde.

A dessein je n'ai pas employé des noms longs et compliqués, difficiles à prononcer et à retenir, qu'on a inventés pour ces opérations. Ce ne sont que des sources de confusion.

DÉCHIRURE DU PÉRINÉE.

(*Ce n'est pas toujours une indication opératoire*).

Les extrêmes se touchent, en médecine comme ailleurs. Cela se voit dans la diversité des opinions médicales sur le sujet actuel. Quelques-uns, surtout les vieux praticiens, considèrent cet accident comme peu ou pas important, à moins que la déchirure n'intéresse le sphincter anal et le rectum. D'autres soutiennent qu'*une ligne* de la continuité des tissus ne peut pas être lésée sans les plus désastreuses conséquences, et ils veulent opérer toutes les fois que cela est possible. Le clinicien observateur apprend de son expérience, que là, comme ailleurs, la vérité est dans le juste milieu, entre les deux opinions opposées.

Quoique la connaissance plus approfondie des maladies utérines qu'ont produite les études récentes ait pu nous faire voir que le périnée, ou plutôt *le corps périnéal*, joue un rôle important dans le soutien des organes pelviens, et que sa destruction amène généralement chez la femme des désordres plus ou moins graves, tôt ou tard, je me demande cependant si *les absolus*, qui soutiennent que la moindre déchirure a des conséquences sérieuses, ne travaillent pas à retarder la notion exacte de la valeur réelle de la lésion. Les praticiens à longue expérience, voyant des cas de lacérations anciennes ne s'accompagner d'au-

cun inconvénient, à l'ouïe d'une doctrine aussi extrême, sentiront peut-être s'ébranler leur foi dans la gynécologie actuelle. D'autre part, les jeunes médecins, moins expérimentés, mis en présence de maladies utérines, et trouvant une rupture plus ou moins profonde, peuvent attacher trop d'importance étiologique à cette lésion, et négliger les autres troubles. Dans un mémoire (1) publié il y a quelques années, je faisais remarquer que les médecins, en trouvant à l'examen une *ulcération* cervicale, étaient trop enclins à rapporter tous les malaises de leur malade à cette érosion souvent peu ou pas importante, fréquemment n'allaient pas plus loin et laissaient échapper la vraie cause du mal. Maintenant puisqu'on s'occupe beaucoup de la déchirure périnéale, il me semble qu'il y a quelque chose d'analogue à dire au sujet de cet accident. Je ne puis m'empêcher de croire qu'on a beaucoup amplifié les conséquences des petites déchirures.

C'est l'exception de trouver un périnée absolument intact chez une femme qui a accouché, et c'est se tromper que de prendre pour modèle le périnée d'une vierge ou d'une nullipare. Chez les mères, non seulement les parties sont relachées et plus ou moins entr'ouvertes, mais, comme Matthews Duncan l'a fait remarquer, il y a toujours une déchirure plus ou moins étendue de l'orifice vaginal, lors même que le vagin lui-même n'est pas lacéré ; par suite, si l'on considère comme normal l'état du vagin chez les vierges, il *faut* opérer toutes les mères.

Je puis affirmer que, sur le nombre considérable de femmes que j'ai examinées, les porteuses de petites lacérations n'ont pas souffert les cruelles conséquences qu'on met sur le compte de cette lésion. C'est avec raison qu'on a dit que l'unique justification d'une opération est une probabilité solide d'amélioration. Cela étant, je crois qu'ils sont peu nombreux les cas de légères déchirures qui demandent une intervention opératoire. Un auteur, après avoir remarqué que certaines lacérations anciennes

(1) *On so caled ulcerations of the os uteri.* (*Boston med. and. surg. Journal,* 16 mars 1876.)

assez profondes demeurent sans conséquences fâcheuses, ajoute, avec esprit, à propos des porteuses de déchirures légères : « Elles souffrent davantage du moment que leur attention a été « attirée de ce côté. » Les opérateurs *quand même* feront bien de méditer cette parole.

Il n'est pas même nécessaire d'opérer dans tous les cas où le périnée a subi une large déchirure. Un grand gynécologiste américain a commis l'aphorisme suivant: « Supposez une « femme avec un périnée parfait, les rapports des organes pel- « viens seront parfaits aussi; supprimez le périnée, les organes « tombent aussitôt et leurs rapports changent; refaites le péri- « née, aussitôt ils reprennent leur position. » Il est difficile de concevoir un enseignement mieux fait pour conduire à l'erreur. Il est absurde de dire qu'un périnée parfait met une femme à l'abri des versions, des flexions, du prolapsus et des déplacements pelviens, chacun le sait; il l'est tout autant de dire que la simple autoplastie périnéale suffira pour tout remettre en bon état.

Lorsque la déchirure menace la malade, si on ne la restaure pas, de produire des déplacements dans des organes autrement sains, et que nous croyons que la restauration du périnée écartera ce danger et guérira la malade, il ne faut pas hésiter à opérer. Mais dans nombre de cas, dans *la plupart des cas*, la lésion n'est *qu'une des suites de l'accouchement.*

La femme, avec un périnée plus ou moins complet, présente fréquemment une subinvolution utérine, l'organe est plus gros et plus lourd qu'à l'état normal, le col est plus ou moins déchiré, le vagin n'a pas repris ses dimensions, tous les tissus pelviens sont détachés; l'utérus peut descendre, ou se déplacer d'un côté ou de l'autre.

Ces accidents, suites de l'accouchement, suffisent en dehors de la rupture périnéale à produire des déplacements et des symptômes sérieux; la restauration périnéale pourra-t-elle, à elle seule, remettre tout en ordre et guérir la malade? C'est justement dans ces cas que quelques médecins disent à leurs malades qu'elles n'ont qu'à se laisser opérer; elles y consentent, et le ré-

sultat ne répond pas à ce qu'on leur a promis; souvent même elles sont plus mal après qu'avant. C'est dans ces cas aussi que les malades dont l'utérus est lourd et les tissus pelviens relâchés obtiennent les meilleurs résultats d'un pessaire bien fait. Si la vulve est quelque peu élargie, la malade peut apprendre à enlever et replacer elle-même son pessaire; mais avec un périnée restauré, aussi parfaitement que l'obtiennent les meilleurs opérateurs, et il faut qu'il soit bien refait, *puisqu'il doit supporter les organes internes*, la malade ne peut guère replacer son instrument, à peine peut-elle l'ôter; elle dépend donc de son médecin, ce qui est excellent pour lui, mais non pour elle.

Dans ces cas il faut, à mon avis, n'en venir à l'opération que lorsque les tuteurs vaginaux (les pessaires) seuls ne suffisent pas, ce qui arrivera d'autant plus souvent que le médecin est moins habile dans le choix et l'application de l'instrument, ou lorsque la malade, lassée du port indéfini d'un pessaire, désire se débarrasser d'une sujétion et demande à être opérée; alors, les organes ayant été longtemps tenus en place, il y a bon espoir que la restauration périnéale réussira, et lui permettra de se passer de tuteur. Peu de malades sont si désireuses de rejeter un pessaire qui leur a fait du bien; il n'est du reste pas certain qu'elles puissent à tout jamais y renoncer.

C'est à tort que des médecins croient à la nécessité absolue d'un périnée solide pour servir d'appui à un pessaire-levier; et de cette erreur sont nées nombre d'opérations périnéales qu'une habileté plus grande du chirurgien aurait pu éviter. Les pessaires bien ajustés ne touchent pas le périnée.

Les déchirures qui comprennent le sphincter et le rectum nécessitent une opération.

Je n'ai pas parlé du *traitement immédiat des lacérations périnéales*, de celui qu'il faut appliquer aussitôt que l'accouchement qui en est la cause est terminé; il concerne l'accoucheur autant que le gynécologiste. Les opinions, à cet endroit, sont partagées. Les uns croient qu'il n'est pas bon de suturer aussitôt l'accident reconnu; les autres déclarent qu'il est fâcheux de ne pas le faire. Voici, je crois, le vrai dans cette affaire: Dans la

plupart des cas, les sutures, placées immédiatement, maintenant les lèvres de la plaie en contact exact, soulagent la malade et augmentent les chances d'une réunion parfaite, sur laquelle il ne faut néanmoins pas compter sans restriction. Mais, dans nombre de cas, les sutures sont si maladroitement placées qu'elles ne réunissent pas la plaie; elles n'agissent que comme des sétons qui augmentent l'inflammation; si les parties reprennent, c'est non à cause des sutures, mais malgré elles. Dans certains cas rares l'état puerpéral est une contre-indication à la suture immédiate.

La «diminution des chances de septicémie» par la suture immédiate des déchirures périnéales, dont on a beaucoup parlé ces derniers temps, me semble avoir été exagérée.

SECTION DU COL UTÉRIN.

On peut se demander s'il est aucune opération de la chirurgie moderne dont on ait abusé comme de celle-ci. Heureusement, elle n'est plus autant à la mode que ci-devant, mais le mal produit par l'enseignement de quelques hommes en vue porte encore ses fruits.

Je ne l'ai faite que deux fois, dans les sept dernières années; et encore n'était-ce que sous l'impression toute fraîche que m'avait faite la conduite de ceux qui la pratiquent fort souvent; il est douteux que, dans deux cas semblables à ceux que j'ai opérée, j'y eusse recours maintenant. J'ai vu mainte malade que j'aurais opérée, si j'avais fait comme beaucoup de gynécologistes; mais je ne pense pas que mes malades s'en fussent mieux trouvées.

On fait en général l'opération pour élargir ou redresser le canal cervical, lorsqu'on le croit rétréci ou fléchi, et on désire ainsi guérir la dysménorrhée, la stérilité, etc., etc.

J'accorde qu'il existe des cas ou l'opération est indiquée et utile; mais je suis convaincu qu'ils sont rares. Ce n'est que depuis peu qu'on la pratique fréquemment; il semblerait que les

gynécologistes ne sectionnaient le col que faute de savoir faire autre chose. L'expérience n'a pas tardé à enlever à cette opération une bonne partie de sa réputation et de sa gloire, mais il reste encore des malades qui l'ont subie, ou à qui on a conseillé de s'y soumettre, alors que leur cas ne pouvait en bénéficier. J'en ai vu que l'on avait persuadées qu'il leur fallait se faire traiter pour un rétrécissement du col, alors qu'une sonde de gros calibre passait sans difficulté.

On diagnostique souvent une stricture du canal, lors même qu'il n'en existe pas réellement. Lorsque la membrane interne est enflammée, le calibre du canal est souvent diminué par son gonflement ; et fréquemment un déplacement de l'utérus amène une congestion hypostatique qui rétrécit le calibre cervical; on trouve alors un rétrécissement de l'orifice interne, qui est le point le plus resserré à l'état normal. Mais il n'est pas rationnel de traiter ces cas comme si la condition secondaire était la principale cause des troubles pathologiques.

Puis, lorsque le médecin éprouve quelque difficulté à passer l'hystéromètre, il est très enclin à supposer d'emblée qu'il existe une stricture, alors que l'obstacle vient de lui-même. Lorsqu'on se sert du vieux spéculum cylindrique, — et personne n'oserait porter le diagnostic rétrécissement sans se servir du spéculum, — il est souvent impossible de s'assurer positivement s'il y a stricture, ou non ; car, le canal utérin ne continuant pas en ligne droite, l'axe du spéculum placé dans le vagin, mais faisant souvent un angle droit avec lui, il n'est pas toujours aisé d'introduire la sonde même dans un utérus normal.

Les spéculums à valves sont meilleurs dans ce cas; cependant ils peuvent être la cause d'une erreur d'un autre genre, que j'ai vue souvent se produire. A moins qu'on ne les manie avec beaucoup d'adresse, la valve antérieure peut presser contre la paroi utérine antérieure, de telle sorte qu'elle diminue le calibre du canal et gêne l'introduction de la sonde. Le spéculum de Sims, là comme ailleurs, est le meilleur, mais son application exige l'aide d'un assistant bien dressé.

Un fait qui mérite d'être médité est celui qui s'est passé, il

y a quelques années dans une réunion de spécialistes : de deux praticiens, tous les deux fort expérimentés, discutant sur le rétrécissement du col, l'un affirmait qu'on ne le rencontre pas au niveau de l'orifice externe, mais souvent à l'orifice interne, l'autre soutenait exactement le contraire. Quant à moi, je le crois rarement assez accusé pour exiger une intervention chirurgicale, quel que soit son siège.

Dans quelques cas, des chirurgiens, croyant le col trop étroit ou trop fléchi, ont indiqué une opération, alors que rien ne prouvait que le mal vînt de cette cause. Peut-on voir quelque chose de plus ridicule qu'un avis pareil, donné à une célibataire dont la menstruation est indolore? (La malade vint plus tard chez moi, me demander si je l'engageais à s'y soumettre.) Je sais un cas dans lequel un médecin proposait l'opération parce qu'il trouvait le canal utérin fléchi ; la malade lui disait : « Je ne souffre point pendant mes règles. — Il se pourrait que « vous souffriez plus tard, si l'utérus reste comme il est. » Voilà bien de la chirurgie préventive ! J'ai vu, il y a quelque temps, avec le Dr A. N. Blodgett, de Boston, un cas de fibroïdes utérins dans lequel le canal était tellement fléchi que la plus petite sonde ne pouvait point passer. Les règles avaient toujours été indolores ! Ces deux cas doivent nous donner à réfléchir.

On a fortement exagéré les avantages obtenus par la division du col, dans les cas où sa flexion est due à une flexion utérine. Nous avons d'autres armes, de meilleures et de moins compliquées, contre les déplacements utérins ; lorsqu'elles sont trop faibles, la division du col ne réussira pas souvent.

L'opération elle-même est des plus simples, le premier venu peut la faire, mais personne ne peut affirmer à l'opérée qu'elle ne court aucun danger. J'en ai vu des conséquences sérieuses. Sans doute, s'il arrive quelque accident, c'est que l'opérée *a pris froid*, ou bien il est arrivé quelque imprévu ; l'opération est inattaquable ; cependant, dans la plupart des cas, ces accidents ou ces imprévus ne seraient point arrivés sans l'intervention chirurgicale.

RESTAURATION DU COL DÉCHIRÉ; OPÉRATION D'EMMET

Il est assez singulier que, tandis que, tout récemment la mode gynécologique était à l'ouverture (section) du col, elle ait maintenant tourné à la fermeture (suture), que sa déchirure ait été faite par un accident naturel ou chirurgical.

Quand le Dr Emmet a décrit clairement ce qu'on prenait (et on le prend encore) pour « l'ulcère de la matrice » et a inventé une opération pour y remédier, il a fait œuvre de gynécologiste utile. Autrefois, l'*ulcération* était la *bête noire* (1) de ceux qui traitaient les femmes, et son traitement approprié était la cautérisation avec le nitrate d'argent ou des agents plus actifs.

L'étude précise, faite par Emmet des cas ainsi dénommés, a beaucoup fait pour éclairer cette erreur. Mais, si toute femme qui présente un col déchiré est, par ce fait, un *bon cas* pour une opération chirurgicale, sans qu'on s'occupe de voir si cette lacération est, ou non, une cause d'inconvénients, l'invention d'Emmet n'est rien moins qu'une conquête utile aux femmes.

On trouve cette lésion chez la plupart des femmes qui ont eu des enfants, bon nombre ont un col déchiré, à lèvres éversées, quelques-unes en souffrent; et c'est ces dernières seules, — est-il besoin de le dire? — qu'il faut traiter. Il existe néanmoins en Amérique une tendance fort accusée à faire l'opération d'Emmet à toute femme qui présente de l'ectropion du col, qu'elle en souffre ou non. On rend, il est vrai, par cette opération, au col sa forme conique normale; cependant elle ne fait pas de bien à toutes les femmes qui la subissent.

Le Dr W.-H. May, établi dans l'Ouest, a récemment écrit un mémoire si bien fait que je ne puis mieux faire que de lui emprunter (*California, Med. soc.*). Après avoir dit que cette opération a donné beaucoup de crédit au Dr Emmet, il ajoute : « Mais je crains qu'on ne soit actuellement disposé à en abu- « ser. C'est ma conviction, et je suis loin d'être le seul, que

(1) En français, dans le texte (A. C.).

« cette opération, toute utile qu'elle est en sa place, est faite « beaucoup plus souvent qu'il n'est utile. Nombre de médecins « paraissent la considérer comme une panacée pour toutes les « maladies du col. Toutes les inventions traversent une époque « qu'on appelera d'exagération, avant de prendre le rang qu'elles « doivent garder; la suture du col comme les autres. Elle est si « simple qu'elle captive le chirurgien ; la nature a une lacune, « l'art vient en triomphateur la remplir par une opération « élégante. Quoi de plus simple? Un auteur enthousiaste la « propose dans les cas de déchirures les plus légères, qui suc- « cèdent à un accouchement; il ne tient absolument pas compte « du pouvoir restauratif de la nature. En agissant ainsi, il « opérerait les 9/10e des mères, oubliant qu'une petite déchi- « rure est toujours la conséquence de l'accouchement. Le col « d'une femme qui a enfanté présente toujours des traces de « déchirures, depuis la plus petite, jusqu'aux plus étendues; « chacun de nous n'a-t-il pas vu ces lacérations n'amener au- « cun trouble utérin ?... Je dois avouer que je me suis moi- « même laissé entraîner à faire cette opération plus fréquem- « ment dans les premiers temps que maintenant. Bien d'autres, « tout en la considérant comme une opération de grande uti- « lité, la font de moins en moins fréquemment.

« Notre vie et nos idées tournent dans des cercles. La mode « est sujette à cette loi, et la mode existe en médecine. On ar- « rivera sans doute à regarder la suture du col comme un « moyen ordinaire, on reconnaîtra alors ce qu'elle vaut réelle- « ment, on saura qu'elle est fort utile, mais qu'elle est sérieuse, « et d'une application rare. »

Quand les gynécologistes auront reconnu l'exactitude de ces derniers mots, on obtiendra de la trachélorrhapie d'Emmet tout le bien qu'elle doit donner. Son résultat jusqu'ici n'a guère été que de remplacer l'ancien traitement par les caustiques des ulcérations (qui n'existaient pas), qui, quoique mal dirigé, et, dans nos idées actuelles, absurde, n'avait guère de suites sé- rieuses ou fatales, par des opérations alarmantes pour les ma- lades et pour leur entourage, faites souvent sans utilité. La

vérité est qu'un grand nombre de cas de *déchirures* et *d'éversion*, qu'on appelait auparavant ulcérations, ne demandent aucun traitement, car elles sont innocentes. Les médecins les ont à tort crues dangereuses. Des femmes à qui leur médecin avait solennellement affirmé qu'elles ne pourraient plus devenir mères, sans subir une opération, sont devenues enceintes quelques mois après, ce qui a mis l'homme de l'art dans une bien faussè position.

Les cas qui s'accompagnent de symptômes pénibles sont l'exception et non la règle. Si l'on ne fait l'opération d'Emmet que dans ces cas, elle fera beaucoup de bien. Faite souvent, comme à présent, non parce qu'elle est indiquée, mais parce que l'occasion se présente de la faire, elle fait probablement, en somme, plus de mal que de bien.

Elle n'est point sans danger ; la phlébite, la cellulite, les abcès pelviens, la septicémie, se sont produites entre les mains des opérateurs les plus habiles, et ont amené des maladies dont les opérées ont mis des mois à se remettre, quand elles se sont remises. Il y a peu de temps qu'une discussion dans une de nos sociétés locales a fait venir au jour le rapport de plusieurs cas de mort. Moi-même, j'en connais plus d'un. Une lettre de Londres parle de deux opérations, de la manière suivante : « Lors« que le Dr Sims vint pour la première fois ici, il démontra, à « la satisfaction de la majorité, et parut établir comme une loi, « que bien des femmes souffrent de troubles qui exigent la dis« cision du col, et nous croyions, d'après l'autorité de M. Sims « qui a fait école, que 20 ou 26 0/0 de femmes que nous trai« tons devaient pour se bien porter, subir l'élargissement du col. « Mais, en nous apercevant maintenant qu'un nombre au moins « égal souffre de troubles qui exigent l'occlusion des déchiru« res, des fissures, des fêlures, il paraît que les praticiens, « nombreux, actifs et fort intelligents qui, soit comme spécia« listes, soit comme médecins de famille, s'occupent de gynéco« logie, vont être occupés à divulser le col des femmes qui l'ont « intact, et à réunir avec des crins de cheval, ou du fil d'argent, « le col de celles qu'un accident naturel a déchiré ou fissuré.

« On pourrait en déduire que, à propos de l'utérus, tout ce qui « est faux, comme tout ce qui ne l'est pas, doit être propice. »

Sans doute, c'est aller un peu loin; cependant cette lettre contient beaucoup de vrai. J'ai vu un moment où un praticien distingué sectionnait les cols, qu'un autre, non moins distingué, employait tout son art à réunir, lorsque le hasard lui confiait les malades opérées par le premier.

CURAGE DE L'UTÉRUS.

C'est une opération assez commune en ce moment. Elle consiste à racler, avec des instruments *ad hoc*, la surface interne de l'utérus, absolument comme les jardiniers le font aux arbres, en certaines saisons, dans le but d'enlever des excroissances et des produits morbides, pour arrêter des hémorrhagies, etc. Récemment encore, le curage passait pour une opération assez sérieuse; on la faisait peu, on n'y avait guère recours que lorsque les moyens ordinaires d'arrêter les hémorrhagies avaient échoué, et lorsque, en l'absence d'autre cause apparente d'hémorrhagie, on avait de bonnes raisons pour croire à l'existence de « fongosités intra-utérines de nature intraitable ». Pour le détachement de ces produits, la curette avait un bord tranchant, quoique peu aiguisé. A la suite de la préoccupation croissante qui envahit les médecins au sujet des maladies des femmes, et l'enthousiasme qui les saisit pour les « opérations », le nombre des cas de curage a augmenté de telle sorte qu'actuellement, si une femme se présente avec un simple catarrhe utérin, et accuse quelque augmentation dans l'écoulement sanguin, surtout si elle a eu des enfants et porte un col dont l'ouverture soit tentative (*invitingly open*), il est probable que la première chose à laquelle pensera le médecin, c'est la curette. Mais, dans ces conditions, les anciens instruments ne donnaient pas de bons résultats. Nombre de malades ont été blessées, pas mal ont succombé; car, même dans les mains les plus habiles, le curage, fait complètement, est une opération dangereuse

par ses suites, et qu'il faut garder comme un dernier recours. Il a donc fallu faire un instrument moins périlleux : la curette mousse.

Dans la plupart des cas de catarrhe utérin, la membrane interne de l'utérus est plus ou moins gonflée, enflammée et ramollie. L'application de la curette mousse ramènera presque toujours des fragments de la membrane ramollie, et quelques glandes gonflées et distendues; mais l'opération n'est point nécessaire, car, lorsque le catarrhe sera guéri par les moyens appropriés, l'organe ne tardera pas à rentrer dans son état normal. J'ai vu souvent employer la curette dans ces cas; elle ramenait ce qu'on croyait être « des granulations caractéristiques », que l'opérateur montrait avec satisfaction aux assistants. Quand j'avais manipulé ces *granulations* dans l'eau, elles se résolvaient en des filaments de membrane utérine normale en apparence, roulées en boules par le bord de la curette, comme la neige dont les enfants font des pelotes; ce qui trompait l'opérateur.

La grande différence dans les vues des médecins, au sujet des dangers du curage, s'explique par le fait que les uns entendent par là une opération complète, faite avec l'instrument tranchant (on la réserve pour les cas où les autres moyens sont restés impuissants; on la fait donc rarement, elle est assez sérieuse, vu la gravité du cas); pour les autres c'est une opération courante qu'ils pratiquent avec la curette mousse, toutes les fois que l'occasion se présente. C'est, dans ce cas, à peine une *opération*, quoique ceux qui la font lui donnent ce nom (1), et elle ne fait, le plus souvent, pas plus de mal que de bien. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Dans quelques cas, il est utile de changer les conditions de vie de l'endomerium, qui n'a pas la

(1) J'ai été surpris par la manière dont quelques médecins, même bien placés, employaient le mot *opération*. J'ai souvent entendu dire à des gens qui venaient me parler de malades, que le cas devait être grave, puisque la malade avait subi déjà plusieurs opérations. Ces « opérations » étaient souvent l'application d'un remède sur le col, le cathétérisme utérin, ou une tentative d'application d'un pessaire. Le mot faisait *impression* sur la malade et sur son entourage.

tonicité normale. L'effet stimulant de la curette peut être heureux, et la curette peut réussir à enlever des productions molles; elle ne pourra rien contre la plupart des produits durs et des granulations dont les moyens ordinaires ont si malaisément raison, et pour lesquels le curage était réservé auparavant. Bien des gynécologistes le savent par expérience, et après plusieurs expériences avec l'instrument mousse, ils ont dû prendre la curette tranchante. On a dit avec raison : « La curette mousse est un instrument excellent, lorsqu'il n'y a rien à enlever. » Mais, dans ces cas, des moyens moins effrayants pour le malade sont en général suffisants.

Quoique, dans des mains habiles, elle ne fasse pas souvent de mal (*même lorsqu'on s'en sert*, et qu'on ne se contente pas de jouer avec, ce qui se voit), quelques-uns croient que la curette mousse est un instrument innocent, et que le premier apprenti venu peut employer sans danger. La prudence n'est pas de trop.

Il ne faut pas se servir de la curette tranchante ou mousse sans avoir pu s'assurer qu'il n'existe pas la plus légère inflammation pelvienne, ce qui suppose une certaine pratique des affections utérines. Un médecin novice pourra ne pas reconnaître une inflammation légère et circonscrite qui, souvent, produit des hémorrhagies; dans ce cas, la curette risque de faire de mauvaise besogne; à peine est-il prudent de se servir de l'hystéromètre. Puis, ce n'est pas un instrument qu'il faille employer dans son cabinet, pour renvoyer ensuite la malade chez elle. Cette pratique imprudente n'est pas toujours suivie de conséquences fâcheuses; mais elle expose la malade à un risque inutile. Elle doit être curettée à la place même où elle pourra rester étendue un jour ou deux, ou davantage, s'il le faut. L'application de la curette mousse amène quelquefois une forte perte, et nul ne sait à l'avance quelle malade aura une hémorrhagie. Emmet a fait faire une excellente pince pour enlever les granulations intra-utérines, et diminue ainsi le nombre des cas où il faut avoir recours à la curette; je ne crois pourtant pas qu'elle puisse toujours remplacer la curette tranchante; dans

un cas, j'ai employé utilement l'une et l'autre. Une fois entre autres, il survint si subitement une hémorrhagie, pendant que j'enlevais des granulations avec la pince que je fus obligé de mettre l'instrument de côté ; j'achevai heureusement par un curage rapide, qui acheva de nettoyer l'utérus. Quelques auteurs disent que la curette tranchante est un instrument barbare qu'on n'aurait jamais dû inventer, etc. C'est à son emploi abusif et étourdi qu'elle doit cette mauvaise réputation. Il n'est jamais nécessaire qu'elle soit assez aiguisée pour mériter le nom d'instrument *tranchant ;* maniée avec l'habileté désirable, elle tient une place que la curette mousse ne peut remplir. La pince d'Emmet est excellente pour enlever des débris placentaires, et autres restes d'un avortement. Elle est bien préférable, dans ce cas, à la curette, qu'il faut éviter d'employer, si c'est possible, après l'avortement ou après l'accouchement, alors que les parois utérines subissent l'involution et la dégénérescence graisseuse qui l'accompagne. J'ai vu un curage imprudent, fait dans ces conditions, amener des conséquences fatales.

L'OPÉRATION DE LA PAROI VAGINALE ANTÉRIEURE POUR LE PROLAPSUS ET LA CYSTOIDE.

Dans les cas où la paroi antérieure et la vessie tendent à tomber, ce qui constitue la cystocèle, et à venir au dehors de la vulve, on a imaginé une opération qui consiste à replier et à enlever la partie prolabée du vagin, dans le but de soulager la malade de la sensation de pesanteur qu'elle ressent, et des troubles vésicaux. Cette chute de la paroi antérieure du vagin atteint rarement un degré qui la rende pénible par elle seule, à moins qu'il n'y ait d'autres conditions pathologiques, comme la déchirure du périnée, ou un déplacement utérin, qui amène le col et la partie supérieure du vagin près de la vulve. L'utérus est souvent en voie de prolapsus. Lorsque le périnée est incomplet, le vagin est privé de son support naturel, l'utérus descend et le vagin tend à pendre. La chute de la matrice est pour

beaucoup dans ce mouvement du vagin en bas, mais malheureusement cet état reste rarement sans complications ; l'utérus reste souvent lourd après l'accouchement, le vagin affaibli supporte un poids plus considérable.

Si la malade subit l'opération vaginale antérieure, — précédée probalablement de la suture du col, si le médecin est un gynécologiste opérateur à la dernière mode, — et plus tard la restauration du périnée, *le poids utérin n'ayant pas pour cela diminué, elle n'obtient le plus souvent pas autant de soulagement que lui en aurait donné le port d'un pessaire bien adapté, sans opération; peut-être même, après toutes ces opérations, lui faudra-t-il encore porter un pessaire.* En fait, lorsque l'utérus est pesant et que les tissus pelviens sont relâchés, ce qui se rencontre souvent, il est fort malaisé et souvent impossible d'étrécir assez le vagin par une opération quelconque pour procurer à la malade un soulagement complet et durable. Il est souvent possible, sans opération, de placer un pessaire-levier ou tel autre, que la malade mettra et enlèvera elle-même, qui fera remonter l'utérus à sa place et retiendra le vagin de telle sorte qu'il n'y aura plus de chute vaginale. Si l'allongement du vagin ne suffit pas, on peut courber la partie inférieure du pessaire, de telle façon qu'elle aide à la correction de la chute du vagin.

J'ai vu souvent des malades qui, après avoir essayé des pessaires variés, étaient arrivées à croire une opération nécessaire; elles étaient agréablement surprises en se sentant soulagées par le port d'un pessaire approprié. Quelques-unes, imbues de l'idée qu'il leur fallait une opération, et qui étaient désappointées lorsque je ne leur en proposais pas tout de suite, ont été tellement soulagées par l'application d'un pessaire, qu'elles s'indignaient contre ceux qui voulaient les opérer.

Tout convaincu que je sois que cette opération, comme les précédentes, est fort utile dans les cas où elle est réellement indiquée, je crois néanmoins que, comme les précédentes, on la pratique beaucoup trop souvent.

On dit souvent aux femmes qu'elles doivent subir une opération, avant de pouvoir porter un pessaire. C'est vrai dans

quelques cas, mais ces cas sont rares quand on sait bien adapter un pessaire. Peu de médecins savent le faire, et cependant l'application de ces tuteurs exige autant d'habitude et de pratique que celle des attelles chirurgicales. Si le médecin possède cette habitude, il épargne souvent à la malade une opération, tout comme un chirurgien consommé peut le faire pour ses clients. Actuellement, toute nouvelle forme de pessaire, quelque mal conçue qu'elle soit, peut prendre, si elle a de la vogue ; si elle est d'une introduction facile, elle aura son moment de réputation.

Le pessaire en coton mou, tant vanté parce qu'il peut être toléré « lors même que l'utérus est trop délicat pour souffrir la pression d'un autre tuteur », — on oublie qu'un pessaire bien fait ne touche pas cet organe, — très utile pour produire une odeur infecte au bout de peu de temps, et pas pour autre chose, mais facilement introduit par le premier venu, sans douleurs, est un bon exemple de ce que j'avance.

Le Dr Engelmann, de Saint-Louis, a publié récemment (1) un mémoire où il a réuni un bon nombre de cas où les opérations gynécologiques les plus habituelles ont eu des suites graves. Il ne pouvait citer que les cas rapportés ; s'il avait pu connaître les cas dont personne n'a parlé, il en aurait pu raconter bien davantage. Je regarde ce mémoire comme de très grande valeur et comme une preuve qu'on commence peut-être à revenir de cette « fièvre opératoire » qui a saisi la gynécologie depuis quelques années. C'est un conseil pour les médecins de ne pas faire légèrement une opération gynécologique. Si nous pouvons faire un pas de plus et amener nos confrères à comprendre qu'on peut souvent éviter des opérations tellement réputées en ce moment, ce sera un grand progrès.

Un professeur disait souvent : « L'obstétrique indiscrète est mauvaise. » Il aurait pu ajouter : « La gynécologie indiscrète est pire encore. »

Traduit par A. Cordes.

---

(1) *Les dangers des manipulations des opérations les plus simples* (*An. gyn.*, 1880, p. 271, 362, 445, A. C.).

REVUE GÉNÉRALE.

DE LA CASTRATION DES FEMMES

Par M. Albert Puech,
Médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Nîmes.

L'importance exagérée qui a été attribuée aux ovaires, soit sains, soit morbides, les succès donnés par l'*oophorectomie* dans le traitement des kystes de l'ovaire, ont suggéré à plusieurs chirurgiens l'idée d'étendre le champ de cette opération et de l'appliquer au traitement de plusieurs maladies, soit locales, soit réflexes, dans lesquelles ces organes étaient réputés remplir le premier rôle.

Cette conception n'a pas tardé à passer dans le domaine du fait accompli, et à peu près à la même époque, Hegar, en Allemagne (27 juillet 1872), Robert Battey, en Amérique (17 août 1872), pratiquaient ce que le premier a désigné sous le nom de *castration* et ce que le second a appelé *ovariotomie normale.*

Quoique ces dénominations ne soient ni l'une ni l'autre absolument irréprochables, j'ai cru devoir faire un choix et j'ai, faute de mieux, adopté la première. Ce n'est pas qu'elle ne soit bizarre et ne rappelle les titres à effet des romans à la mode, mais elle a l'avantage d'être courte et d'être facilement compréhensible.

Quant à la nature de ce travail, basé tout entier sur des faits empruntés à la littérature médicale étrangère, elle est essentiellement critique. Ce n'est cependant ni un réquisitoire ni un plaidoyer, mais une étude calme et sereine, écrite avec conscience et impartialité. Uniquement préoccupé d'arriver à une appréciation saine et judicieuse de ce nouveau moyen théra-

peutique, j'ai relevé sans parti pris et avec persévérance les documents publiés sur la question. En un mot, j'ai eu à cœur de laisser parler les faits et je me suis borné à tirer de leur dépouillement minutieux les conclusions qui terminent ce mémoire.

I

La castration des femmes, si elle est une pratique extrêmement ancienne, n'a pas toujours visé un but des plus louables. A ses origines, notamment, elle se présente sous un triste jour, et paraît révêtir les caractères d'une cruauté purement gratuite. Loin de constituer une ressource thérapeutique, elle apparaît comme un acte de bon plaisir, comme un véritable attentat à l'humanité.

Au rapport d'Athénée, les Lydiens auraient eu le triste honneur d'avoir inventé cette pratique, et au rapport de Xanthus, historien grec qui vivait six siècles avant Jésus-Christ, le roi Adramythus serait coupable de cette atroce barbarie. A en croire les *Lydiaques*, les pauvres malheureuses qui avaient subi cette opération, servaient en qualité d'eunuques et avaient la garde du sérail. Alexander ab Alexandro renchérit sur les auteurs précédents. Il affirme en termes très explicites que cette pratique criminelle avait été adoptée par plusieurs peuples orientaux.

Sans vouloir m'ériger le défenseur de ces barbares, j'ai peine à ajouter foi à ces imputations. Ce n'est pas que j'aie une haute idée de la civilisation de ces peuples, mais c'est que je suspecte leurs connaissances physiologiques et leur habileté opératoire. Or, sans le concours des unes et des autres, une castration, dans le sens véritable du mot, ne pouvait avoir lieu. Il est possible que, dans un moment d'ivresse, quelques-uns aient mutilé des esclaves, mais il est douteux qu'elles aient été réellement châtrées. Pour enlever les ovaires et tout à la fois ne point compromettre la vie, il eût fallu à ces opérateurs improvisés une science et une habileté qu'ils ne pouvaient avoir.

Plus croyable est l'histoire de Wier et encore elle n'est pas à l'abri de toute critique. Elle a trait à un châtreur de pourceaux qui, indigné de la vie déréglée de sa fille, lui extirpa les ovaires comme il le faisait sur les truies et la guérit ainsi de ses penchants vicieux.

Cette observation, à raison de son caractère insolite, eut un grand retentissement. Elle a été maintes fois citée et a eu plusieurs fois les honneurs de la reproduction. On la retrouve avec commentaires dans le curieux opuscule « De castratione mulierum », publié, en 1673, par G. Franc. de Franckenau et dans l'ouvrage de J. Phil. Laur. Withof intitulé : « De castratis commentationes IV, Lauzannæ, 1762, in-8 ».

Peu après la publication du dernier ouvrage, Percival Pott commettait sa célèbre erreur de diagnostic et faisait une véritable castration en extirpant les ovaires contenus dans une hernie inguinale double.

Depuis cette époque, quelques méprises semblables ont été commises, mais la castration n'est devenue un moyen thérapeutique et n'a été, de propos délibéré, pratiquée que dans ces dernières années. Elle a même donné lieu à une série de publications parmi lesquelles nous citerons : Robert Battey (*Transact. of the Amer. Gynæc. Soc*, 1876, p. 101); Alfred Hegar (*Die castration der Frauen*, Leipzig, 1878); Engelmann (*Boston med. a. Surg. Journal*, 1878, t. I, p. 813); A.-R. Simpson (*British. med. Journ.*, 1879, t. I, p. 763); Hegar (*Centralblatt f. Gynæk*, 1879, p. 529); R. Battey (*British med. Journal*, 1880, t. I, p. 510). Enfin il est dans la presse médicale une foule d'articles de moindre importance que nous utiliserons dans ce mémoire et dont naturellement nous donnerons l'indication bibliographique.

On le voit, en moins de cinq ans, la castration a gagné du terrain puisqu'elle a été pratiquée au moins 128 fois (1), et a

(1) Depuis que ce travail a été rédigé, j'ai recueilli dans la presse une douzaine d'opérations dont je n'ai pas cru devoir tenir compte au point de vue statistique, mais que je signalerai à l'occasion.

rallié à sa cause de nombreux adhérents, puisque *trente-six* chirurgiens ont imité Hegar et Battey. S'il en est qui ne l'ont tentée qu'une ou deux fois, il en est qui l'ont répétée à plusieurs reprises. Par exemple Spiegelberg et Kzemarsky l'ont faite quatre fois; Goodell, Freund et Martin l'ont faite chacun cinq fois; Marion Sims, sept fois; Battey, quinze fois; mais tous ont été dépassés par Hegar qui l'a pratiquée au moins *quarante-deux* fois. Grâce à son habileté particulière, ce dernier n'a perdu que sept opérées, mais ses émules ont été moins favorisés, puisque la mortalité générale est de 28, soit 17,9 p. 100.

A raison de l'opération en elle-même, cette mortalité est relativement faible, mais il convient d'ajouter que les opérateurs ne sont pas les premiers venus. Ce sont pour la plupart des chirurgiens ayant donné des preuves nombreuses de leur habileté et rompus en particulier avec toutes les difficultés de l'oophorectomie.

II

On peut pratiquer la castration par deux voies, soit par l'incision du cul-de-sac vaginal, soit par l'incision sur la ligne blanche. De là deux méthodes principales que nous devons faire connaître dans leurs détails essentiels avant de discuter les indications de l'opération.

La *vaginotomie* préconisée avec insistance par Battey et adoptée presque exclusivement par les chirurgiens américains, a été effectuée de la façon suivante :

La malade est couchée sur le côté gauche dans la demi-pronation. On ouvre le vagin et abaisse le périnée avec le spéculum de Sims en bec de canard; puis on saisit le col avec une forte pince de Museux et attire l'utérus en bas sous l'arcade du pubis. Après ce temps préliminaire, on fait une incision d'un pouce et demi à la paroi du vagin et au tissu cellulaire sous-jacent sur la ligne médiane du cul-de-sac postérieur, immédiatement en arrière de l'utérus. Si par extraordinaire il y a hémorrhagie, elle

est arrêtée par un jet d'eau glacée ou par la torsion, après quoi le péritoine est incisé. Un aide comprime alors l'hypogastre, pendant que l'opérateur passe un doigt dans le cul-de-sac recto-utérin, et à l'aide d'un forceps approprié amène l'ovaire dans le vagin. Après avoir appliqué une ligature à la base de l'ovaire, on va à la recherche de l'autre, et après l'avoir traité de la même façon, on les sectionne tous les deux avec l'écraseur. Ni ligatures ni sutures ultérieures, car elles sont considérées comme superflues et même nuisibles. Le vagin est ensuite lavé et la malade est apportée sur son lit et maintenue couchée sur le dos.

Cette méthode, si elle a des avantages, offre des inconvénients. Sans doute la position déclive permet le libre écoulement des liquides versés par la plaie, sans doute le siège de l'incision expose moins à l'issue de l'intestin ou de l'épiploon, sans doute le péritoine pelvien est moins sensible, moins inflammable que le péritoine abdominal, mais à côté de ces avantages que d'inconvénients, se rattachant soit à l'étroitesse du vagin, soit à la non-descente de l'utérus, soit à l'état dans lequel se trouvent les ovaires. Bref, l'opération est plus délicate, plus difficile et au moins tout aussi dangereuse, puisque la mortalité est, toutes proportions gardées, complètement identique. Très fréquemment alors, surtout s'il y a des adhérences, les ovaires doivent être extraits par morceaux; enfin, ne l'oublions pas, pour ne pas laisser l'opération inachevée, Thomas et Sims ont dû négliger la voie qu'ils s'étaient ainsi créée et recourir à l'incision sur la ligne blanche.

Ce sont là, à mes yeux, des reproches capitaux qui ne sont nullement réfutés par Battey dans son récent mémoire. Pourquoi n'a-t-il pas fait pour les observations étrangères ce qu'il a fait pour les observations qui lui sont personnelles? Pourquoi ne les a-t-il pas rangées en trois catégories indiquant les cas où il y a eu ablation d'un seul ovaire, ablation incomplète des deux ovaires, et enfin ablation complète des deux organes. Ce tableau, complément naturel de son travail, eût permis au lecteur de se prononcer en parfaite connaissance de cause sur la valeur de cette méthode opératoire. Il ne suffisait pas de dire que trente-

deux observations de ce genre ont donné cinq décès seulement, il convenait en même temps de signaler le chiffre des non-valeurs, c'est-à-dire celui des observations dans lesquelles l'opération est restée incomplète. Nous croyons superflu de relever tous ces faits, il nous suffira de dire, en renvoyant aux mémoires de Marion Sims et d'Engelman, que la vaginotomie est la méthode la moins certaine pour obtenir une véritable castration.

L'incision sur la ligne blanche remplit mieux cette indication. Non seulement elle peut être prolongée autant que cela est nécessaire, mais encore elle facilite la recherche des deux ovaires et rend plus aisée leur ablation complète. Quant à l'incision sur le flanc que Hegar a mise quelquefois en pratique, elle ne sera signalée que pour mémoire. Elle a pour avantage, surtout dans les fibromes volumineux, de conduire facilement à l'ovaire, mais elle a l'inconvénient majeur de nécessiter la section oblique des muscles larges de l'abdomen et d'être pratiquée des deux côtés successivement.

Après avoir ouvert l'abdomen avec les précautions usitées en pareil cas, on introduit deux doigts dans la cavité péritonéale; on va à la recherche des ovaires en prenant pour point de repère la face postérieure de l'utérus et des ligaments larges. Pour faciliter cette manœuvre qui est souvent difficile à raison de la situation anormale des organes, on peut s'aider soit du toucher vaginal, soit de la sonde utérine, soit, ce qui est préférable, d'un pessaire à air introduit dans le vagin et refoulant en haut l'utérus. Une fois arrivé à l'ovaire, on l'attire au dehors avec le doigt recourbé en crochet; si l'on échoue, on le saisit avec des pinces, mais seulement lorsqu'on a réussi à l'attirer assez près de l'incision pour le voir distinctement. Quant aux adhérences, si elles existent, elles doivent être détachées avec le doigt; enfin lorsque l'ovaire ne peut être attiré au dehors, il faut agrandir l'incision ou à la rigueur pratiquer l'extirpation dans la cavité abdominale même.

Quel que soit le parti adopté, on devra passer sous le pédicule deux ou plusieurs ligatures en catgut phéniqué ou en soie anti-

septique qui seront abandonnées dans l'abdomen. Si l'ovaire est trop difficile à pédiculiser, Hegar comprend avec lui dans les ligatures le pavillon de la trompe et une partie du ligament large.

Quant à la toilette, occlusion de la plaie, pansement, ils sont faits d'après les modes généralement suivis. Bornons-nous seulement à remarquer que la plupart des opérateurs ne comprennent dans la suture que la peau et le péritoine.

Tel est le manuel opératoire de la castration ; examinons maintenant quelles en sont les indications ou mieux, avant d'aller plus loin, passons en revue les cas variés auxquels elle a été appliquée avec plus ou moins de succès.

III

A l'imitation de Hegar, nous placerons en première ligne les *hernies de l'ovaire ;* mais nous en parlerons brièvement d'abord parce que c'est là une lésion rare, et ensuite parce que nous en avons traité avec détail dans les Annales de gynécologie. Renvoyant à ce travail qui signale dix-sept extirpations dont deux doubles, nous nous bornerons à relever les deux cas qui ont été publiés depuis.

Dans l'observation de Chambers (*The obstetrical Journal of Great Britain*, 5 nov. 1879, p. 577), il s'agit d'une fille de 24 ans à organes génitaux externes bien conformés, mais n'ayant qu'un vagin rudimentaire et pas d'utérus. Les deux tumeurs inguinales furent enlevées avec succès. Dans l'observation relatée par Tauffer (*Pester med. chir. Presse*, 1879, n° 48), l'ensemble des organes génitaux avait la conformation normale, et la hernie, au lieu d'être double, siégeait à gauche. Cette manière d'être n'arrêta pas l'opérateur, mais le conduisit à modifier le procédé opératoire. Au lieu d'attaquer directement l'ovaire hernié, il fit une incision sur la ligne médiane et enleva tour à tour les deux ovaires. A parler en toute franchise, je ne m'explique pas les motifs de cette conduite et partant ne saurais conseiller de répéter cette pratique.

Les *anomalies ou malformations de l'utérus*, lorsqu'elles se compliquent de troubles nerveux, ont paru également constituer une indication de la castration. Les ovaires sont alors un présent superflu, et loin d'être une utilité, sont une source d'embarras. A s'en référer à mes recherches sur cette question, les troubles nerveux qui se lient aux vices congéniaux de la matrice sont une complication des plus rares, puisque, sur près de quatre cents observations d'arrêt de développement de cet organe, une douzaine de femmes tout au plus les présentaient, c'est-à-dire souffraient réellement du molimen hémorrhagique. Quoi qu'il en soit, nous avons recueilli cinq exemples dans lesquels la castration a été pratiquée pour ce motif; ce qui d'ores et déjà permet de supposer que quelques opérées auraient pu à la rigueur en être exonérées. Cette critique ne saurait concerner tous les cas; par exemple dans le cas de Peaslee, excessivement curieux et que je n'hésiterais pas à reproduire si j'avais toute latitude, l'absence de l'utérus s'accompagnait de fréquentes attaques d'épilepsie qui étaient attribuées à *l'irritation ovarienne*. Malheureusement l'opération, terminée six heures après par la mort (7 juin 1876), n'a pas pu nous renseigner à l'endroit de la justesse de cette assertion.

Les autres opérateurs ont été plus heureux. Ainsi A. Martin (*Centralblatt f. Gyn.*, 1879, p. 484) a fait avec succès la castration pour un développement incomplet de l'utérus; chose digne d'être signalée, les deux ovaires étaient placés à gauche. Dans le cas de Tauffer (*Pester med. chir. Press*, 1879, n° 47), la femme, âgée de 25 ans, éprouvait mensuellement, depuis sa quinzième année, des douleurs dans les reins et le bassin, qui peu à peu acquirent une telle intensité qu'elle perdait souvent connaissance. Malgré cet état, elle fut mariée, et bien que l'on eût créé un vagin artificiel *pour donner satisfaction à l'époux*, les accidents menstruels persistèrent avec une intensité de plus en plus croissante. A la suite de l'extirpation des ovaires trois époques sont survenues sans s'accompagner des mêmes troubles. A la même époque Langenbeck (*Centr. f. chirurgie*, 1880, p. 263) opérait une fille de 20 ans qui manquait de vagin et d'utérus et Bruggisser

(*Correspondenzbtatt f. Schweizer Aerzte*, 1880, nº 8.) suivait la même pratique à l'égard d'une fille dont l'utérus était resté à l'état *infantile*.

(*A suivre.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Opération d'un cancer du sein chez une femme enceinte de trois mois. — Guérison, par M. Polaillon. — Il y a deux ans, la Société s'est occupée des traumatismes chez les femmes enceintes. Tandis que M. Verneuil et plusieurs de ses collègues leur attribuaient un pronostic grave pour la mère et pour le fœtus, d'autres membres de cette assemblée émirent l'opinion que les traumatismes accidentels ou opératoires n'influaient en rien sur le cours de la grossesse, et qu'ils n'affectaient pas, dans l'état de gravidité, une marche particulière.

Les uns et les autres apportèrent des faits à l'appui de leurs opinions, et la question resta à l'étude, et passablement indécise. On s'accorda toutefois à admettre générulement que les traumatismes qui portent sur la sphère génitale provoquent à coup sûr un avortement ou un accouchement prématuré.

J'ai observé dernièrement un fait qui peut servir à éclairer le débat.

Il s'agit d'un cancer galopant de la mamelle chez une femme enceinte de trois mois, avec dégénérescence ganglionnaire dans l'aisselle. Ne pas l'opérer, c'était laisser le mal s'ulcérer, envahir toute la glande mammaire et les tissus voisins, et, à en juger par la marche rapide de la tumeur depuis le début de la grossesse, la patiente aurait certainement succombé avant d'arriver à terme. L'opérer, c'était s'exposer à un avortement, c'était s'exposer encore à avoir une plaie qui suppurerait longtemps, et qui serait peut-être l'origine d'érysipèles et d'accidents inflammatoires redoutables. Cependant, devant la rapidité des progrès du mal et l'impossibilité d'attendre le terme

de la grossesse pour intervenir utilement, je me décidai pour l'ablation de la tumeur, en prenant toutes les précautions de la méthode antiseptique.

L'ablation de la tumeur et de tous les ganglions dégénérés qui remplissaient l'aisselle a eu lieu. Malgré nos craintes, la grossesse n'a pas été interrompue dans son cours ; toutes les parties cutanées qui ont pu être suturées se sont réunies par première intention, et la surface de la plaie qui est restée sans réunion s'est cicatrisée par bourgeonnement, comme chez une personne qui n'aurait pas été en état de gestation.

J'ai fait venir la malade pour que mes collègues puissent constater les résultats de l'opération, et constater aussi que la grossesse continue normalement son évolution.

Voici l'observation, recueillie par M. Fretun, externe de service.

W..., 33 ans, journalière, est entrée, le 13 avril 1881, à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Jean, n° 11.

Constitution robuste. Pas de maladie sérieuse dans les antécédents. Rien qui puisse faire songer à une diathèse cancéreuse héréditaire.

La tumeur est apparue en février 1880. Elle avait primitivement le volume d'un pois, et comme elle était indolente elle y attacha peu d'importance.

La tumeur resta stationnaire jusqu'au mois de décembre de l'année dernière. Or, à cette époque, elle augmenta de volume et devint douloureuse par accès. Ce développement précéda de peu le début de la grossesse ou même coïncida avec lui. En effet, les règles ne reparaissent plus depuis le mois de janvier 1881.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, 13 avril, l'utérus est volumineux comme à trois mois ou trois mois et demi. La ligne brune abdominale, la coloration de l'aréole des mamelons, la suppression des règles, les vomissements, tout confirme le diagnostic de la grossesse, bien qu'on ne puisse pas entendre les battements du cœur fœtal.

Au-dessus du sein gauche et sur sa moitié supérieure existe une tumeur grosse comme un œuf de dinde, bosselée et dure. La peau qui la recouvre est adhérente, très amincie, et d'une couleur rouge vif. Elle est sillonnée par de petits vaisseaux dilatés et prêts à s'ulcérer. La peau qui entoure la base de la tumeur est épaissie et présente l'aspect de la peau d'orange. La tumeur n'est pas adhérente à la paroi thoracique. La plus grande partie de la mamelle paraît saine. Les ganglions axillaires sont tuméfiés, durs et participent à la mala-

die. Enfin la malade se plaint de douleurs spontanées dans la tumeur, douleurs qui s'irradient dans le bras gauche jusqu'à la main. L'opération est décidée après l'avis d'un collègue, et pratiquée le 19 avril.

Chloroformisation. Une incision pratiquée sur la paroi interne de l'aisselle permet d'énucléer les ganglions dégénérés, et, après nettoyage complet, trois sutures métalliques profondes sont appliquées sur les lèvres de l'incision.

Pour l'ablation de la tumeur du sein, deux incisions courbes, dépassant largement les limités de la peau altérée, circonscrivent toute la masse morbide qui est ensuite disséquée et enlevée avec la moitié supérieure de la glande. La moitié inférieure et le mamelon qui parurent sains furent conservés pour ne pas augmenter outre mesure l'étendue de la plaie et la gravité du traumatisme. Des sutures métalliques nombreuses réunirent tout ce qu'il était possible d'affronter sans trop de tiraillements. Mais comme la perte de substance était grande, il resta à l'angle interne et supérieur une surface triangulaire non recouverte par la peau. Un drain fut placé à l'angle externe et inférieur. Un drain fut placé aussi dans l'aisselle.

Pansement de Lister.

20 avril. Temp. matin, 37°; soir, 38,1. Inappétence, il y a quelques vomissements dus sans doute au chloroforme. Pas la moindre manifestation du côté de l'utérus.

Le 21. Le pansement est renouvelé. Temp. matin, 37,3; soir, 38,5.

A partir de ce jour, la température devient normale, même le soir.

Le 24. Deux points de suture et les drains sont enlevés : vomissements dus à la grossesse. Inappétence.

Le 28. Tous les points de suture sont enlevés. La réunion immédiate a eu lieu sous l'aisselle et sur le sein, sauf dans les points où le rapprochement des lèvres de la plaie n'a pu avoir lieu. Ce dernier point suppure très peu. L'appétit est meilleur.

Le 30. Toutes les fonctions de la malade se font bien. Point de douleurs dans le ventre, ni dans les reins. Rien qui fasse prévoir un avortement. La malade se lève.

7 mai. La malade sort de l'hôpital. Elle est guérie et la plaie est complètement cicatrisée, sauf dans un point grand comme une pièce de 20 centimes au niveau de la plaie non réunie. L'utérus a augmenté de volume, et la grossesse suit son cours normal.

Le 14. Les pansements ont lieu tous les trois ou quatre jours. Santé

générale très bonne. On croit percevoir les battements cardiaques du fœtus.

Le 23. La malade sent les mouvements actifs du fœtus.

Discussion.

M. Le Fort. Nous sommes tous d'accord sur ce point que, autant que possible, il vaut mieux ne pas opérer les femmes enceintes. Il n'y a du reste pas grand danger à le faire. Il n'en est pas de même dans la période puerpérale. J'ai vu succomber une femme à qui j'avais enlevé une tumeur du sein trois mois après l'accouchement. La glande mammaire contenait encore du lait.

M. Nicaise rappelle que la discussion importante qui s'est élevée jadis dans la société sur les rapports du traumatisme et de la grossesse a été provoquée par une observation de désarticulation de l'épaule chez une femme enceinte de huit mois, communiquée par lui.

M. Verneuil. Il faut se garder des conclusions trop générales. J'ai vu chez une femme enceinte de sept mois un fracture très simple, presquespontanée de l'humérus provoquer l'accouchement au bout de trente-six heures, et l'accouchée succomber après quelques jours. J'aurai l'occasion de revenir sur ce fait.

(*Séance du* 25 *mai.*)

Présentation de malade. — M. Desprès montre une femme atteinte de prolapsus utérin et de renversement du vagin. Il fait remarquer que l'utérus de cette femme est en dehors, quoiqu'elle ait un gros pessaire en gimblette dans son vagin, et il en conclut que les pessaires ne peuvent rien contre cette infirmité.

Discussion.

M. Trélat. On ne peut considérer ce fait comme ayant une portée quelconque. Il prouve simplement que chez ce sujet le pessaire est insuffisant, rien de plus. Rien ne serait plus aisé que de généraliser les conclusions de M. Desprès, de faire défiler devant ses yeux des

fractures dont aucun appareil n'a pu assurer la consolidation, des luxations contre lesquelles ont échoué tous les efforts de réduction ; en un mot, une collection des impuissances chirurgicales sous toutes les formes qu'elles peuvent affecter. On pourrait déduire de là que les appareils ne servent à rien dans le traitement des fractures, que les bandages ne contiennent pas les hernies, que les luxations doivent être respectées dans leur irréductibilité apparente, et rejeter en bloc tous les moyens dont l'insuccès est relativement exceptionnel et les avantages reconnus de tous.

Cette femme ne sait sans doute pas tirer partie d'une ressource qu'on a mise à sa disposition, peut-être sans lui avoir donné des indications suffisantes sur la manière de s'en servir. Elle applique mal son pessaire ; l'utérus passe à côté comme une hernie passe à côté d'un mauvais bandage. Voilà uniquement ce qu'enseigne ce cas.

M. Guéniot. Les pessaires rendent des services dans bien des circonstances. Cette femme, qui place si mal celui qu'on lui a donné, reconnaît que, lorsqu'elle ne le porte pas, elle a beaucoup plus de peine à marcher.

M. Verneuil. Le pessaire est un excellent instrument qui soulage toujours lorsqu'il est bien appliqué, à moins, bien entendu, que le périnée manque. La meilleure preuve est l'oubli dans lequel est tombée l'opération d'Huguier pour le prolongement hypertrophique du col. J'avais moi-même imaginé une modification de cette opération que je n'ai jamais trouvé l'occassion de mettre en pratique.

M. Berger. Tous les cas de prolapsus utérin sont loin de se ressembler. Contre le prolapsus léger, le pessaire en gimblette ordinaire, l'anneau en caoutchouc, l'éponge suffisent. En cas de procidence, d'autres appareils deviennent nécessaires ; le releveur Bosquet rend alors de grands services. Si le renversement vaginal est complet et que le périnée manque, la pelote périnéale est le seul appareil utile. Tous les autres sont impuissants contre d'aussi grands désordres.

M. Després. J'ai voulu simplement vous faire constater chez une malade l'insuffisance du pessaire. Or, cette femme en porte depuis 1851, époque où son infirmité était au début, ce qui ne l'a pas empêchée d'arriver au point où vous la voyez. Je repousse les pessaires parce qu'ils donnent des vaginites, les releveurs de Bosquet parce qu'ils ne servent à rien, et j'ai recours à la pelote périnéale, qui seule soulage sérieusement les malades et remplace le périnée absent.

M. Berger. Les malades ne demanderaient pas au Bureau central

le renouvellement de leurs pessaires et de leurs releveurs si ces appareils ne leur procuraient pas un véritable soulagement.

(*Séance du* 8 *juin.*)

Dr R. CHENET.

REVUE DES JOURNAUX

REVUE SEMESTRIELLE DES TRAVAUX ALLEMANDS

Par le Dr Albert Puech,
Médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Nîmes

(SUITE) (1).

Traitement nouveau des ruptures de l'utérus gravide. — Tout le monde connaît la gravité des ruptures de l'utérus à l'état de gravidité, aussi il a paru intéressant d'exposer avec quelques détail un mode nouveau de les traiter. Pour rendre cette note plus significative, je grouperai sous ce titre toutes les observations qui ont été publiées sur la matière, afin que le lecteur ait sous les yeux les éléments d'une sérieuse appréciation.

La première observation a été publiée par le Dr Frommel, médecin assistant à la clinique gynécologique de Berlin. Elle a paru dans la *Zeitschrift f. Geburtshülf und Gyn.*, et a été suivie de deux autres publiées par le même auteur dans le *Centralbatt f. Gyn.* (1880, p. 417). Le traitement consiste dans le drainage de la cavité abdominale et des ingestions phéniquées. Voici, à titre de spécimen, l'une des observations.

Une femme de 40 ans, ayant eu douze accouchements dont les deux premiers terminés par l'intervention médicale, eut ensuite des accouchements spontanés et faciles, à l'exception du dernier qui nécessita l'application du forceps. Elle se trouvait à terme, lorsque le 26 juin 1880 les douleurs se déclarèrent. A son entrée à la Clinique, le 27 juin à 8 heures du matin, les douleurs s'étaient arrêtées depuis deux heures

(1) V. *Ann. de Gyn.*, juillet 1881.

d'une façon tout à fait brusque. L'examen des parois abdominales, très douloureux, fit constater que l'enfant était placé sous la paroi abdominale. Par le toucher vaginal, on sentit la tête à droite, et avec celle-ci un bras et une anse du cordon sans pulsation. On fit la version par les pieds et on amena un fœtus mort. On constata alors une rupture transversale de l'utérus au niveau du segment inférieur et ayant de 5 à 6 cent. de largeur. La couche péritonéale était intacte, mais comme l'enfant était sorti par la rupture, elle était décollée, dans une grande étendue. Le traitement consista en une irrigation de la cavité avec une solution chaude d'eau phéniquée à 2 0|0 et l'application d'un fort drain dans la cavité. Vessie de glace sur le ventre.

L'état de l'accouchée resta satisfaisant; pas de vomissements, pouls fort et régulier, 84. La température la plus élevée fut de 38° le soir du sixième jour à la suite d'une irrigation faite par le drain. Les premiers jours, le liquide expulsé par le drain était du sang liquide; il devint sanguinolent et enfin véritablement purulent. Le vingt-sixième jour, comme le drain ne donnait plus d'écoulement, il fut retiré et l'accouchée se leva deux jours après.

Le cas publié par Morsbach (*Centralblatt.*, *f. Gyn.*, 1880, p. 611) concerne une femme de 35 ans, qui a eu deux accouchements spontanés et deux accouchements terminés par le forceps. Dans celui-ci, 3 grammes de seigle ergoté avaient été administrés. L'enfant ayant passé dans la cavité abdominale, l'extraction par la version podalique en fut très laborieuse. Malgré cette complication, le traitement par deux drains fut couronné de succès. Le pouls s'éleva à 114°, la température atteignit 38,8.

Le cas publié par Graefe (ib., p. 614) concerne une femme à son treizième accouchement, dont les douleurs s'étaient arrêtées brusquement depuis trois heures. Version podalique dans le sommeil et extraction d'une fille morte. La rupture était transversale et siégeait à gauche et en arrière dans l'étendue de trois travers de doigt. On retira de la cavité abdominale beaucoup de sang coagulé et du méconium. Grâce au même traitement (irrigation phéniquée et drain de 30 cent., fixé par un point de suture à la commissure postérieure), l'accouchée était complètement rétablie trente-cinq jours après.

La sixième observation concerne une femme présentée le 7 janvier 1881 à la Société de médecine de Vienne, par le Dr Felsenreich, assistant du professeur Carl Braun (*Allgemeiner Wiener med. Zeitung*, 1881, p. 20). Quoique tous les signes d'une rupture spontanée de l'u-

térus se trouvassent réunis, on fit la décapitation et l'extraction du fœtus et constata, à l'endroit où la tête était placée, une perforation, longue d'un doigt. Après l'extraction du placenta, qui avait passé dans la cavité péritonéale, on toucha les intestins et même le *bord inférieur du foie!* Un tube de drainage fut placé de telle sorte qu'il drainât, non la cavité abdominale, mais seulement l'endroit de la rupture. Toute sorte d'injection fut interdite; une vessie de glace fut placée et maintenue par un bandage abdominal médiocrement serré. Les suites ont été tellement favorables, qu'après un mois la parturiente était guérie et qu'aujourd'hui elle se trouve tout à fait bien.

La thérapeutique suivie ici diffère essentiellement et mérite qu'on s'y arrête. D'après l'auteur de cette communication, le succès est dû à l'emploi de la méthode de Carl Braun (drainage, non de la cavité abdominale, mais de la rupture; suppression de l'irrigation immédiate, mais après agglutination de l'enveloppe péritonéale, injections désinfectantes sous médiocre pression). Dans la cavité péritonéale, ajoute-t-il, le sang extravasé, les eaux de l'amnios, le méconium et le vernix caséeux n'ont pas besoin d'être extraits par lavage, d'une part, parce qu'ils sont en trop petite quantité, et de l'autre, parce que le péritoine possède une grande force d'absorption. En conséquence on doit, dans tous les cas, rejeter absolument le drainage péritonéal.

Sur le développement des corps fibreux dans les ovaires. — Quoique la littérature médicale possède des cas assez nombreux de tumeurs solides de l'ovaire, on n'a encore que peu de données sur leur mode de développement. En ce qui concerne les petites tumeurs, on trouve l'opinion de Rokitansky, qui les fait provenir des corps jaunes. Cette opinion est-elle exacte? C'est la question que s'est posée Patenko. En conséquence il a examiné douze ovaires présentant cette lésion et recueillis sur des femmes ayant de 30 à 68 ans; une d'elles avait 83 ans.

Voici les conclusions des recherches de Patenko:

1° Les corps fibreux de l'ovaire se développent sans doute des corps jaunes, mais aussi des follicules de développement moyen. Pendant ce processus, les follicules primordiaux subissent pour la plupart la métamorphose colloïde.

2° Ces corps fibreux se divisent en deux variétés :

a. Ceux qui ont une cavité à l'intérieur ;

b. Ceux qui sont solides et sans trace de cavité.

3° Les deux variétés de corps fibreux n'ont pas un développement indépendant.

4° Les tumeurs fibreuses qui proviennent véritablement de l'ovaire ont le volume d'un œuf de poule ou tout au plus celui d'un œuf d'oie c'est-à-dire la grosseur que l'ovaire peut acquérir aux dépens de ses tissus propres.

5° Dans ces cas, la tumeur fibreuse de l'ovaire se forme par la confusion des vaisseaux, de l'ovaire et de tous les follicules ayant subi la sclérose (*aller sklerotisch veränderten Follikel*).

6° Quant aux fibromes ovariens extraordinairement volumineux, leur origine ovarienne est plus que douteuse. (Patenko. *Centralblatt f. Gynæk.*, 1880, p. 441.)

REVUE DES JOURNAUX.

Étude ethnologique sur la délivrance, par ENGELMANN, (de Saint-Louis, Missouri).

1° *Délivrance effectuée, la femme conservant la position qu'elle occupe pendant l'accouchement.*

Expression manuelle. — La parturiente, qui s'est ordinairement mise à genoux pour accoucher, reste dans cette position; l'assistante, à genoux aussi, ou debout derrière elle, les mains embrassant le ventre de la patiente et appuyant sur l'utérus, aide à l'expulsion du délivre, par un massage réel de l'abdomen. Cette manœuvre pratiquée par les Comanches, les Klamath, les Crows, les Nez-Percés, les Péorias, les Skawnees, les Kiowas, les Caddos, les peuples du Delaware, les tribus Wyandottes, Ottowas et Senecas, est rationnelle, car l'agenouillement et l'accroupissement facilitent l'évacuation du contenu de l'abdomen. Les Clatsops font mieux peut-être en serrant le ventre de l'accouchée, aussitôt le fœtus sorti « pour empêcher le placenta de rentrer dans le corps », accident qu'ils redoutent fort; car, si le délivre n'obéit pas à leurs manipulations, ils sont fort em-

péchés de faire autre chose, et abandonnent habituellement à son sort la pauvre femme, qui ne peut guère échapper à la septicémie.

Les Dakotas permettent à la femme, lorsqu'elle est épuisée, de se coucher pour la délivrance. Quelques tribus des Sioux font de même.

Dans un cas, dont l'auteur a connu le récit, chez les Umpynas, les assistants pétrirent le ventre de la femme à poings fermés.

Les Kootewais malaxent l'abdomen pendant le travail et continuent jusqu'à l'expulsion du placenta ; s'ils ne réussissent pas, ils introduisent leurs mains dans le vagin et retirent le placenta ; ils font en même temps prendre à la femme une racine inconnue, pour arrêter l'hémorrhagie ; un quart d'heure ou une demi-heure après, ils répètent la dose, s'il est nécessaire ; mais ils ne donnent cette racine que lorsqu'ils pensent que la femme a perdu assez. Pourquoi ne cherchent-ils pas à arrêter immédiatement la perte ? Il paraît que les Papagos, eux aussi, extraient le placenta, quand il ne vient pas spontanément. Quelques tribus font accroupir les parturientes et les délivrent dans cette posture, en continuant les manipulations extérieures qu'ils ont faites pendant l'accouchement. Les Sioux et les Kiowas se servent de la *ceinture des femmes*, qui est en cuir, de 10 centimètres de large et expriment le placenta en le serrant graduellement.

Les femmes de quelques tribus mexicaines, qui accouchent aussi accroupies ou quelquefois à genoux, font comme leurs voisines sudiennes; mais le stage de la délivrance paraît être beaucoup plus long. La sage-femme s'occupe du nouveau-né, tandis que l'accouchée garde cette position incommode, soutenue par ses assistantes, jusqu'à ce que le placenta soit expulsé, ce qui dure une demi-heure en général ou une heure. Au bout de ce temps, celle des assistantes qui se tient derrière l'accouchée, la soulève et la laisse retomber, et la secoue ; si ce procédé ne réussit pas, on cherche à la faire vomir. Chez les Mexicains, on lui donne une sorte de gruau de blé *d'atole*, après la sortie du fœtus. Parmi les femmes qui conservent la position demi couchée dans laquelle elles ont mis leur enfant au monde, je note les Wacos, les Hoopas, les Klamath, les Pénimonces. Ce système est bon, puisqu'il facilite les manipulations que va faire la sage-femme, et lui permet de prendre, elle aussi, une position commode.

Les Indiens qui habitent le côté du Pacifique cherchent à obtenir l'expulsion rapide du placenta, aussitôt que le fœtus a été séparé de

sa mère. L'accoucheur exerce des tractions sur le cordon, pendant qu'il manipule le globe utérin avec la main placée à l'extérieur ; quelquefois, un assistant presse doucement sur l'abdomen avec les deux mains ouvertes. Si ces manœuvres échouent, on fait lever la femme, et on continue dans la station verticale en tirant plus fortement sur le cordon.

Chez les Têtes-Plates et les Oreilles-Pendantes, l'expulsion du placenta est, dit-on, laissée à la nature seule ; s'il tarde à sortir, ce qui est très rare, ils ont recours à des moyens actifs, que Engelmann ne nous dit pas. Les Utes, les Navajoes, les Apaches, les Nez-Percés malaxent l'utérus, mais n'ont que rarement recours à l'expression ou à la traction funiculaire ; ils cherchent à faire sortir le délivre au moyen d'onctions grasses et herbagères.

Les Burmeses adoptent le décubitus dorsal pour l'accouchement, et expulsent le placenta plutôt par un battage abdominal que par des manipulations méthodiques ; dans les cas extrêmes, ils s'assoient ou montent debout sur le ventre de l'accouchée pour le faire sortir en le pétrissant avec les pieds.

Les Makahs conservent la position assise dans laquelle elles ont accouché. Pendant l'accouchement proprement dit « qui leur paraît tout simple, elles ne reçoivent aucune aide professionnelle », mais, aussitôt que le fœtus est sorti, une vieille femme, dont c'est la spécialité, est appelée pour la délivrance ; elle presse et malaxe l'abdomen, jusqu'à-ce que le placenta et les caillots soient sortis. Les Skokomishs accouchent dans la même position, elles ne font que quelques tractions légères sur le cordon, et pressent sur la région utérine.

Les Sioux brûlées et les Indiennes de la Source-Chaude restent dans la station verticale, dans laquelle elles ont accouché ; la sage-femme, qui se tient derrière la patiente, aide à l'expulsion, habituellement rapide, du placenta, par une pression manuelle sur le fond utérin, et par une sorte de battage.

Pression intra-abdominale. — Nos sages-femmes savent combien le diaphragme a d'influence sur l'expulsion du contenu de l'abdomen, et elles font, suivant les nécessités des cas, *pousser* les femmes, et retenir leur souffle. Heureusement elles n'ont pas recours à des moyens aussi énergiques que les Mexicaines qui font vomir les accouchées. Les Somalis de l'Afrique centrale donnent à l'accouchée de la graisse

de mouton chaude *à boire*, après la sortie du fœtus ; cela les purge, et, du même coup l'utérus se vide.

Traction funiculaire. — Cette manœuvre paraît si naturelle, elle est si tentante, qu'elle est fort employée par les sages-femmes des pays civilisés; mais les matrones ignorantes des contrées sauvages, guidées par leur instinct observateur, sont trop intelligentes pour être aussi imprudentes. Les tractions sont toujours très légères.

Les Crows et les Creeks accouchent habituellement couchées sur le ventre ; le placenta ne tarde en général pas à sortir, soit qu'elles restent ainsi couchées, ou qu'elles se dressent ; s'il n'est pas expulsé, on l'abandonne jusqu'à-ce qu'il se putréfie ; et, chose curieuse, les accouchées sont rarement prises de septicémie. Les matrones ne font que de légères tractions sur le cordon.

Chez les Rus, les Gros-Ventres, les Mandans, les femmes accouchent à genoux ; elles restent ainsi pour la délivrance; si le placenta ne vient pas bientôt, on tire assez fortement sur le cordon, tout en faisant des frictions manuelles sur le ventre, avec de la graisse de tortue.

Les Cheyennes et les Arrapahoes restent dans le décubitus dorsal dans lequel elles ont accouché ; on extrait aussitôt le placenta, par des tractions funiculaires, sans tenir compte de la rétraction utérine ; si le cordon cède, on ne fait rien de plus pour extraire le délivre.

Les Chippewas arrachent le placenta par des tractions funiculaires, si le délivre ne sort pas à l'aide de manipulations externes.

2° Délivrance effectuée dans une position différente de celle dans laquelle la femme a accouché.

La délivrance étant plus courte que l'expulsion du fœtus, l'accouchée peut aisément adopter une position incommode, si elle facilite la sortie du placenta, et l'effort musculaire qu'elle fait pour changer de position stimule la contraction utérine. Aussi fait-on quelquefois prendre à la patiente une situation différente de celle qu'elle avait pendant l'accouchement. Ainsi les femmes Cattaranguts se lèvent sur leurs pieds après la sortie du fœtus. Si le placenta tarde à sortir, une assistante fait des tractions sur le cordon, et exerce une pression de haut en bas sur l'abdomen, l'accouchée restant debout.

Voici la description que fait le Dr D.-D. Taylor de l'accouchement

d'une Sioux qu'il a délivrée : « A peine avais-je coupé le cordon, que « la femme sauta sur ses pieds, et, saisissant la *ceinture* en cuir, de « 11 centimètres de large, elle la serra sur son ventre aussi fort « qu'elle put. Elle perdit beaucoup de sang ; mais, au bout d'une « minute, le délivre tomba à terre, le sang s'arrêta, et l'accouchée « s'assit sur une chaise, comme s'il ne s'était rien passé. La ceinture « fut enlevée le matin suivant, et l'accouchée reprit ses occupations « domestiques. »

Les Crows et les Creeks, qui accouchent quelquefois dans le décubitus abdominal, se lèvent aussitôt que le fœtus est sorti, écartent les cuisses, et s'appuyent sur un bâton. Elles veulent ainsi laisser couler le sang, et croient que le placenta viendra plus aisément.

Dans la vallée Unitah, la parturiente boit beaucoup d'eau chaude pendant le travail ; aussitôt que le fœtus est expulsé, elle se dresse sur ses pieds, quittant la position accroupie dans laquelle elle l'a mis au monde, puis elle place un drap plié sur son ventre, et s'appuie fortement sur un gros bâton, dont le bout repose sur le drap.

Dans les îles Sandwich, où les femmes accouchent assises, elles se dressent à moitié pour faciliter la sortie du placenta. La patiente prend une position voisine de l'accroupissement, renversant le bassin en arrière, et fléchissant à demi les genoux, pendant que la sage-femme soutient le fœtus ; car on ne coupe le cordon qu'après la délivrance. La mère se met les doigts dans le gosier, ce qui la fait vomir et cause une contraction utérine et l'expulsion en général immédiate des secondines. Si elle tarde, la femme, subit une sorte de pétrissage manuel du ventre, puis elle est conduite, lorsque le sang est un peu étanché, vers une rivière, où on la baigne, on la rhabille, puis elle retourne chez elle. Tout un chacun, même les enfants, a pu assister à l'accouchement.

En Syrie, la femme reste vingt ou trente minutes dans *la chaise* ; si elle ne se délivre pas, on la met au lit, « pour lui faire d'autres manipulations ». '

Les Pawnees font subir à l'accouchée divers changements de position, et tirent sur le cordon ; évidemment ils cherchent à obtenir l'expulsion de l'arrière-faix par les contractions musculaires que causent les mouvements de la patiente.

Expulsion retardée. — Le Dr Harrison dit que les Indiens de la frontière mexicaine, et les Mexicains inférieurs ne paraissent pas

avoir d'autre procédé pour la délivrance que les tractions funiculaires, et qu'il a vu des femmes mortes et d'autres mourantes, uniquement parce qu'elles n'étaient pas délivrées. Les Dakotas emploient des moyens violents; et si l'arrière-faix tarde à venir, on l'extrait violemment.

Mister Tilton, chirurgien de l'armée américaine, raconte que, appelé auprès d'une Mexicaine qui n'était pas délivrée, il vit qu'on lui avait donné une quantité de fèves crues — entre une pinte et un *quart* (plus de 1/2 litre) — dans le but que leur gonflement chassât l'arrière-faix. Puis on l'avait assise sur son mari qui lui serrait vigoureusement l'abdomen. Le chirurgien put extraire aisément le délivre avec sa main, mais le rétablissement de l'accouchée est douteux. Près de Puebla, on fait une infusion de fleurs de blé, qu'on donne à l'accouchée lorsque la sortie du placenta est retardée; on place sur elle des linges et des pierres chaudes, et on pétrit l'utérus en le tordant. Les Cheyennes font aussi des massages si les tractions funiculaires ne suffisent pas. Les Sandwichs malaxent aussi l'utérus, en laissant la femme debout. De même les Indiennes des côtes du Pacifique : elles accouchent à moitié couchées, et se lèvent si la sortie du placenta tarde à se faire; elles subissent des manipulations abdominales, pendant que l'accoucheur tire sur le cordon.

Les Epagnoles pauvres de Mexico sont délivrées à genoux, et boivent de l'eau de savon, qui les fait vomir et expulser le placenta. Les Gros-Ventres font à peu près de même : ils donnent une poudre inconnue, d'abord en prise, par le nez, puis par la bouche, pour provoque le vomissement. Les Rus et les Mandans tirent doucement sur le cordon, et frottent l'abdomen, puis donnent quelques remèdes pour obtenir l'expulsion du placenta. Ils ont une grande confiance dans le fruit du cèdre, dans le castoréum, qu'ils donnent à dose vomitive, et dans un anneau de la queue du serpent à sonnettes.

Les Comanches pétrissent l'utérus, tout en faisant de légères tractions sur le cordon; ils cherchent même à saisir le délivre avec la main, tandis que la patiente aide leurs efforts.

Les Papagos attachent le bout du cordon à une courroie, dont l'autre extrémité est fixée au gros orteil; de temps en temps, la femme étend sa jambe et tire ainsi elle-même sur le placenta. Le Dr Smart, qui raconte ce fait, n'eut pas de peine à extraire le délivre, dans le cas où il fut appelé. Les Japonais attachent le bout fœtal du

cordon à la cuisse de la parturiente, lorsque le placenta résiste aux efforts légers qu'ils font pour l'extraire.

Les Têtes-Plates, les Oreilles-Pendantes, les Kootewais, lorsque l'arrière-faix ne sort pas naturellement, font quitter à la femme la chaise basse sur laquelle elle a mis son enfant au monde, et la font promener de long et en large; cette pratique, dangereuse sans doute pour nos femmes délicates, réussit souvent, et ne fait pas de mal aux femmes de ces pays.

Les Misquallis emploient le bain de vapeur, dans les cas de rétention.

Soins au cordon. — En général, les sages-femmes indiennes ne coupent pas le cordon avant l'expulsion des secondines. Chez les Kiowas, les Commanches, les Wichitas, lorsque le délivre est sorti, un assistant saisit le cordon, et par la pression des doigts, le long de cette tige, repousse dans le placenta autant de sang qu'il peut, puis on lie et on coupe le cordon.

Les Têtes-Plates, les Crows et les Creeks coupent le cordon avant la délivrance; aussitôt l'accouchée saisit le bout fœtal, dans la crainte qu'il ne rentre. Les indigènes de Syrie attendent vingt ou trente minutes avant de couper le cordon ; si les secondines ne sont pas encore sorties, on le coupe, et on met la femme au lit.

Les Wakambas le lient solidement avec des fils d'adansonia, à deux ou trois pouces du nombril ; les Mexicains à trois pouces ; les Japonais font deux ligatures à un pouce de distance, près du ventre du fœtus ; les Comanches n'en font qu'une, à un pied de distance ; les Wassiahili le coupent aussi très long. Les Loangos de l'Afrique le coupent très court et le font sécher rapidement, en le pressant devant le feu ; quand il est sec, au bout de vingt-quatre heures environ, on l'enlève avec l'ongle du pouce, et on le brûle (*Indiscrétions sur le Loango*, Dr Peschuel-Lœsche. *Zeitsch. f. Ethnol.*, 1878, X, p. 29.).

Les Syriens lient les deux bouts funiculaires, les Catarenguts, un bout seulement, ainsi que les Pieds-Noirs. Ces derniers pressent le bout placentaire, pour prévenir l'écoulement. Ils se servent en général d'un couteau émoussé pour prévenir l'hémorrhagie dans la section du cordon. Les Wakambis se servent d'un couteau ordinaire ; les Loangos, dans la crainte de porter malheur à l'enfant, n'emploient que le bord d'une feuille de palmier, les Papagos du Brésil coupent

le cordon avec un tesson ou une coquille. Les Hoopas, les Klamaths et d'autres Indiens le coupent avec les dents.

Superstitions et coutumes. — Les Sandwichs sont persuadés qu'une prompte délivrance est d'une grande importance; si leurs moyens ordinaires ne réussissent pas, ils ne se tourmentent cependant pas beaucoup; les Menomines et d'autres laissent la femme dans la même position pendant plusieurs jours; les Crows et les Creeks, et les Mexicains ne s'occupent pas d'elle, et laissent le placenta tomber en putréfaction, et l'accouchée mourir de septicémie. Les nègres africains prennent rarement la moindre peine pour enlever le placenta retenu. Il semble qu'ils croient qu'il n'y a rien à faire ; après avoir exercé quelque légère traction sur le cordon, ils abandonnent la pauvre femme ; aussi voyons-nous la femme Kootewai ne pas manquer de saisir le bout placentaire du cordon dans la crainte qu'il ne rentre. Sans doute, quelque superstition, plus qu'une idée scientifique, fait que la sage-femme indienne n'exerce que de faibles tractions sur le cordon, et l'engage à s'adresser surtout aux pressions externes, faites avec la main ou la ceinture, ou produites par les efforts de vomissements. Il est à regretter qu'ils n'aient pas quelque superstition ou quelque crainte analogue, qui les empêche de se livrer à des tractions exagérées sur les cordons.

Les Comanches font disparaître secrètement l'arrière-faix, le plus souvent, ils l'enterrent (1) quelques tribus du Brésil le mangent (2); s'ils ne peuvent pas se livrer secrètement au repas, ils l'enterrent; les Japonais le brûlent dans des vases *ad hoc*; les Loangos, craignant que les rats ne viennent à manger le bout fœtal du cordon, le font sécher le plus vite possible, et l'arrachent au bout de vingt-quatre heures; tant que le cordon n'est pas détaché, aucun mâle, pas même le père, ne peut voir le nouveau-né. (*Am. Journ. of obst.*, 1881, p. 303).

Résumée par A. CORDES.

Sur la délivrance par la méthode de Credé.

I. — CREDÉ. — *Sur la délivrance* (*Archiv für Gynækologie*, *t.* XVII, *p.* 260.)

---

(1) Comme les Russes (A. C.).

(2) Comme les chiennes; les chats sont très friands du placenta humain (A. C.).

II. — DOHRN. — *Sur la conduite à tenir pendant la délivrance*. (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, p. 153. 1881.)

III. — ABEGG. — *De la délivrance d'après la méthode de Credé* (*Archiv für Gynækologie*, t. XVII).

IV. — KABIERSKE. — *Étude sur la conduite à tenir pendant la délivrance* (*Centralblatt für Gynækologie*, p. 145, 1881).

V. — WEIS. — *Sur la conduite à tenir pendant la délivrance* (*Centralblatt für Gynækologie*, p. 250 et 1881).

I. — Après avoir rappelé comment sont nés ses premiers travaux sur la question, Credé rapporte un long extrait d'un mémoire de Germann, un des auteurs qui ont le mieux compris sa méthode. « Avec une main ou avec les deux mains, on entoure le fond et les parois de l'utérus et on profite du moment où la contraction utérine est à son maximum, pour exercer une forte pression dans la direction de l'axe du bassin. » C'est bien là, dit Credé, ma méthode, et c'est seulement cela.

Grâce à cette manœuvre, on n'a à craindre ni douleurs pour la mère, ni hémorrhagie, ni aucun accident; aussi sa méthode est elle la meilleure, la plus sûre et la moins dangereuse entre les mains des médecins et celles des sages-femmes.

Cependant, dans ces derniers temps, son procédé a été attaqué de plusieurs côtés à la fois.

1° C'est Dohrn qui prétend que par les pressions exercées sur l'utérus, on trouble le processus de la délivrance.

Mais Credé rappelle qu'il a dit d'agir seulement pendant une contraction utérine, et de presser alors sur l'utérus de tous les côtés à la fois.

Quant à la nature même du processus suivant lequel se détache le placenta, Credé ne nie pas l'explication donnée par Schultze, mais il pense que le mécanisme invoqué par Duncan est bien plus général.

Il pense si peu qu'il soit nécessaire que pendant la délivrance il y ait une hémorrhagie, que pour lui l'idéal serait « un accouchement, sans douleur, sans lésion, sans hémorrhagie, » et il croit que toute hémorrhagie doit-être considérée comme un fait pathologique, souverainement superflu et souvent dangereux.

2° Runge a admis la théorie donnée par Dohrn, et il accuse la méthode de Credé de produire des déchirures des membranes.

Credé répond que cet auteur n'a pas appliqué sa méthode, car

Runge propose d'attendre quinze minutes après l'accouchement pour commencer l'expression utérine, ce qui n'est pas conforme aux préceptes donnés par lui.

Si en faisant l'expression utérine les membranes se déchirent, c'est qu'elles sont très adhérentes; alors Credé ne s'en préoccupe pas; il les laisse dans la cavité utérine, et n'observe pas d'accidents.

Voici du reste la statistique de Credé: elle porte sur 2,000 accouchements; dans tous les cas, on a pratiqué l'expression utérine.

18 fois le chorion est resté en entier dans l'utérus.

78 fois, il est resté dans l'utérus des fragments du chorion.

Soit en tout 96 cas.

91 fois, on a laissé dans l'utérus les parties qui y étaient restées adhérentes; 5 fois le délivre a été retiré artificiellement; sur les 91 cas où on n'a rien fait, 81 fois les femmes n'ont présenté aucune complication des suites de couches, qui pût être attribuée à la rétention de parties du délivre.

Dans les 18 cas où le chorion est resté tout entier; une fois on a extrait artificiellement les membranes; dans les 17 autres cas, les femmes sont restées bien portantes, et n'ont éprouvé aucune complication.

Quant à la durée de la délivrance quand on pratique l'expression utérine, Credé rapporte que, sur 2,000 accouchements, 87 fois seulement elle a dépassé dix minutes.

II. — Dohrn pense que la méthode de Credé est très bonne, mais elle doit être modifiée, et on ne doit pas faire l'expression utérine trop tôt; il faut attendre jusqu'au moment où la plus grande partie du placenta repose sur l'orifice du col. Les recherches anatomiques et cliniques montrent que ce sont là les conditions les plus favorables.

Il remarque que son opinion diffère peu de celle de Credé, car la discussion a trait seulement à la question de temps.

Quant au jugement que porte Credé sur le mécanisme de la délivrance, Dohrn pense que cet auteur s'est trop avancé, car avant d'admettre que la théorie de Schultze est fausse, il aurait fallu démontrer que celle de Duncan est vraie.

L'auteur ne peut pas non plus accepter cette proposition de Credé, que l'idéal serait un accouchement sans hémorrhagie : car tant que

l'utérus sera constitué comme il l'est, on verra des hémorrhagies se produire pendant la délivrance.

Au tableau publié par Credé, l'auteur oppose le tableau suivant.

Résultats de l'expression du placenta faite :

	De 1 à 5 minutes après la naissance.	De 5 à 10 minutes après la naissance.	De 10 à 5 minutes après la naissance.	De 15 à 30 minutes après la naissance.
Hémorrhagies......	14 p. 100	3 p. 100	4 p. 100	4 p. 100
Déchirement et rétention des membranes.	8 p. 100	2 p. 100	1 p. 160	1 p. 100
Lochies putrides....	18 p. 100	3 p. 100	2 p. 100	5 p. 100
Fièvre avec lochies putrides...........	12 p. 100	3 p. 100	1 p. 100	3 p. 100

III. — Abegg emploie la méthode de Credé; cette pratique lui paraît être très bonne, car le meilleur moyen antiseptique que nous ayons est encore celui qui consiste à ne pas introduire les mains dans la cavité utérine.

Un tableau, annexé à ce Mémoire, montre que sur 3,216 accouchements il a fait 2,993 fois l'expression utérine.

Il résume en quelques mots la manière dont il applique la méthode de Credé. Il applique, immédiatement après la naissance de l'enfant, une main sur l'utérus ; si aucune contraction ne se produit, au bout de quatre à cinq minutes, on fait une légère friction. Vers la troisième ou quatrième douleur, la main étalée sur le fond et les parois de la matrice et l'entourant presque complètement, il fait au moment même de la contraction utérine une pression dans la direction de la filière pelvienne.

IV. — Kabierske expose la pratique de la Maternité de Strasbourg.

On doit considérer la délivrance comme une fonction naturelle, et de même que, dans le cours d'un accouchement normal, on n'intervient pas pour hâter la dilatation du col ou la sortie de l'enfant, de même dans la délivrance, on ne doit pas intervenir.

Quand l'accouchement a été normal, la délivrance se fait plus complètement si on n'intervient pas que quand on veut aider la nature.

Par la méthode de Credé, des lambeaux de membranes restent dans

la cavité utérine ; et cette complication peut devenir la cause d'une infection putride, d'hémorrhagies et de lochies sanguinolentes qui se prolongent pendant longtemps.

L'expectation pendant la délivrance est sans danger. L'auteur dit que pendant cette période de l'accouchement, si tout est normal, il n'y a à craindre aucune hémorrhagie.

Kabierske proteste contre cette opinion généralement admise que les placentas qui ont été retenus longtemps dans l'utérus peuvent devenir la cause de complications pendant la suites de couches. Après avoir rappelé plusieurs faits observés par les auteurs, l'auteur croit pouvoir dire que ce qu'il faut accuser dans les cas ou l'on voit des complications survenir pendant les suites de couches, quand le placenta a été retenu un temps plus ou moins long dans la cavité utérine, ce n'est pas la rétention du placenta, mais plutôt les manœuvres de l'accoucheur qui ont porté des germes putrides sur la masse placentaire. Si on a attendu et que le col se soit refermé, on vient facilement à bout de la résistance du col à l'aide de l'opium.

Quand on pratique l'expectation, l'expulsion du délivre se fait spontanément dans ces trois premières heures ; c'est ainsi que sur 100 cas il a fallu :

24 fois...........................	Une demi-heure.
20 Id...........................	1 heure.
25 Id...........................	2 —
11 Id...........................	3 —
9 Id...........................	4 —
5 Id...........................	5 —
3 Id...........................	6 —
2 Id...........................	8 —
1 Id...........................	12 —

Quand le placenta est arrivé dans le vagin, et n'est pas expulsé au dehors, il faut le retirer. Après la délivrance, on fait une injection vaginale à 5 p. 100.

Il y a des cas où le placenta s'est bien détaché et est expulsé, mais les membranes restent adhérentes. Dans cette circonstance, on soulève légèrement le siège, et on fait reposer le placenta dans un bassin. Par son poids, il décolle graduellement les membranes.

V. — Weis répond à l'article précédent de Kabierske. Il est vrai

que la délivrance est un acte physiologique, mais doit-on ne rien faire ? Il ne le pense pas.

Jusqu'en 1877 on a pratiqué l'expectation à la Maternité de Copenhague, mais jamais on n'a attendu plus de trois heures ; passé ce laps de temps, on intervenait en faisant des manœuvres internes.

Depuis le 1er septembre 1877, on a mis en pratique la méthode de Credé dans tous les accouchements. En moyenne la délivrance s'effectuait de cinq à dix minutes après l'accouchement.

Voici le tableau donné par l'auteur.

	Expectation. 1780 cas.	Expression par la méthode de Credé. 1559 cas.
Hémorrhagies pendant la délivrance	5.78 p. 100	2.30 p. 100
Déchirures des membranes et du placenta	1.78 p. 100	2.30 p. 100
Hémorrhagies pendant les suites de couches	0.77 p. 100	0.32 p. 100

L'auteur ne tient pas compte dans cette statistique des cas de placenta praevia qu'il a pu observer.

D'après ce tableau, on voit que les déchirures des membranes et du placenta sont plus fréquentes quand on fait l'expression utérine, mais que les hémorrhagies sont plus rares pendant les suites de couches. Dans un seul cas, l'auteur a pu attribuer l'hémorrhagie à la rétention d'un cotylédon.

Depuis le 1er janvier 1881, on emploie à la Maternité de Copenhague, la méthode de Runge.

On a ainsi opéré dans 80 cas ; la délivrance s'est effectuée en moyenne au bout de sept ou huit minutes.

Dans deux cas, il y a eu une déchirure du chorion. Dans deux cas, hémorrhagies pendant les suites de couches.

Ces faits sont trop peu nombreux pour que l'auteur puisse porter un jugement sur la méthode.

Paul BAR.

La cellule de la caduque est-elle caractéristique de l'état de gravidité, par le Dr RUGE. (*Centralblatt für Gynækologie*, 11 juin 1881.)

Wyder pense que la muqueuse pendant la menstruation, qu'il y

ait ou non dysménorrhée membraneuse, se distingue de la muqueuse de l'utérus gravide d'une manière très précise.

On peut dire par l'examen des cellules, si le fragment vient d'une caduque expulsée à la suite d'un avortement ou de l'accouchement, ou bien s'il provient de la muqueuse d'un utérus non gravide.

La muqueuse utérine pendant la grossesse présente des cellules ayant de 2 à 5 centièmes de millimètre de diamètre; elles contiennent dans leur protoplasma de gros noyaux.

La muqueuse utérine pendant la période menstruelle présente des cellules ayant seulement de 5 à 8 millièmes de millimètre de diamètre; elles sont petites, rondes et remplies de noyaux. Dans chacun de ces états, les cellules de la muqueuse utérine ont donc des caractères très différents, et ce phénomène est tellement constant qu'il pourrait être utilisé en médecine légale.

Ruge a cherché à vérifier l'opinion de Wyder, et il dit avoir pu rencontrer dans la muqueuse utérine, en dehors de la grossesse, de grosses cellules semblables à celles de la caduque.

Il s'agissait surtout de cas d'endométrite à marche essentiellement chronique, causée par des fibromes de l'utérus, et de dysménorrhée membraneuse.

Il rapporte un fait de cette dernière catégorie.

Une femme de 30 ans expulsait régulièrement toutes les cinq à six semaines des fausses membranes ; Ruge a examiné ces dernières et il y a trouvé des cellules tout à fait semblables à celles de la caduque ; cependant il n'y avait certainement pas grossesse.

Paul BAR.

Therapie der Ovarie. (*Traitement de l'ovarite*), par le Dr SEELIGMULLER. (*Centralblatt für Gynækologie*, p. 57. 1881.)

L'auteur rappelle le travail de Dumontpallier (Gaz. hebdomadaire 1879) dans lequel cet auteur préconise les injections d'eau pure faites sur un point symétrique à celui où siège la douleur, dans le but de faire cesser celle-ci.

L'auteur a obtenu deux fois d'excellents résultats à l'aide de cette méthode.

Paul BAR.

CORRESPONDANCE.

Paris, ce 7 juillet 1881.

A Monsieur le Dr LEBLOND, rédacteur en chef des *Annales de gynécologie*,

Très honoré confrère,

Les *Annales de gynécologie* d'octobre 1879, (t. XII, p. 304), contiennent la petite note suivante :

« Le Dr Cordes (de Genève) décrit un appareil pour la médication « intra-utérine : c'est un tube qu'il introduit dans l'utérus et dans « lequel il fait passer une petite brosse chargée du médicament. Il a « employé cet instrument avec succès. »

Après avoir vainement cherché dans tous les recueils de gynécologie et dans les journaux de l'époque la description complète de l'instrument et la communication faite les 6, 7, 8 avril au Congrès annuel de la *British medical Association* tenu à Cork (Irlande), j'ai fini par m'adresser au Dr Cordes, qui m'envoie la lettre suivante :

Genève, le 6 juillet 1881.

Très honoré confrère,

C'est *votre graphidomètre* que j'ai décrit dans la réunion annuelle de *British medical Association* en 1879. Je ne sais comment on a pu m'attribuer le paternité de cet instrument, car je suis certain de vous avoir nommé. . . . .

Je n'ai trouvé aucune trace de cette communication dans le *British med. Journal*. Les *Annales de gynécologie* en parlent, etc.

A. CORDES (de Genève).

Je vous serai donc fort obligé de vouloir bien insérer cette rectification un peu tardive pour beaucoup de vos leteurs, mais qui a son importance au point de vue de recherches bibliographiques ultérieures.

Agréez, etc..... ·

Dr P. MÉNIÈRE (d'Angers).

Le gérant : A. LEBLOND

PARIS. — TYPOGRAPHIE A. PARENT
A DAVY, Successr, imp. de la Fac. de méd., r. M.-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Septembre 1881.

TRAVAUX ORIGINAUX

CONSIDÉRATIONS SUR CERTAINS AVORTEMENTS.

VALEUR ÉTIOLOGIQUE DU CHOC MORAL. — FAITS A L'APPUI. — ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ A 6 MOIS. — BASSIN OBLIQUE OVALAIRE RECONNU SUR LE VIVANT. — (GRAVURES.)

Par M. le Dr **Phelippeaux**, de Saint-Savinien.
(Charente-Inférieure.)

L'expulsion prématurée du fœtus est un accident commun. Le nombre d'enfants ainsi détruits est énorme. Il est peu de multipares qui n'aient pas avorté une fois ou l'autre pendant leur vie.

Hégar estime qu'il se fait un avortement pour huit ou dix

accouchements à terme, et *Whitead* a calculé que, parmi les femmes mariées qui vécurent jusqu'à l'âge critique, 90 0/0 au moins ont avorté.

Ainsi s'exprime, à un point de vue général, sir *Playfair*, dès les premières lignes du chapitre X, *Travail prématuré*, page 305 de son *Traité de l'art des accouchements.*

Si, en invoquant une pratique déjà longue, il m'est permis de dire ce que j'ai vu, je ne pourrai qu'émettre une opinion conforme à celle du professeur anglais et affirmer : *Qu'à la campagne les avortements sont communs.*

Et d'abord beaucoup de jeunes femmes, qui ne voient pas leurs règles du vingt et unième au vingt-neuvième jour après leur mariage, sont assez souvent prises vers la huitième ou dixième semaine de *métrorrhagies* causées par l'expulsion d'un œuf. Autant de blessures, dirai-je, qui habituellement passent inaperçues.

On observe aussi des phénomènes analogues chez des femmes de 38 à 45 ans. Elles se croient tourmentées par la *ménopause* et ne prêtent, pour ainsi dire, aucune attention à des pertes de sang, à des caillots, à des morceaux de chair (*sic*) qu'elles expulsent tout d'un coup.

Nombre de fois, pour établir mon diagnostic, j'ai dû ramasser sur le fumier voisin des placentas, lorsque les animaux de basse-cour ne les avaient pas dérobés. Ces avortements sont moins rares qu'on ne serait disposé à le croire.

On peut les confondre, *a priori*, avec les hémorrhagies de l'âge critique. Mais avec de la patience et de la bonne volonté on retrouve le corps du délit. Ce sont, je le répète, des métrorrhagies liées à des avortements, et non pas celles dont *Zimmermann* a dit : « Que l'utérus, à l'époque de la ménopause, « ressemble à une lampe qui jette sa dernière lueur avec plus « d'éclat, lorsqu'elle est près de s'éteindre. »

Mes notes cliniques me donnent un total de 140 blessures accidentelles de un à trois mois.

A mes yeux, ces avortements sont une des causes les plus certaines de la diminution des populations rurales.

Je signalerai, comme ayant le même résultat, la déchéance des facultés procréatrices (manque de virilité chez les uns, stérilité chez les autres) dans des contrées où l'on absorbe énormément de vin, surtout à l'occasion des noces.

Michel Lévy (*Traité d'hygiène*, t. II, p. 181) rappelle qu'une loi de Carthage défendait toute autre boisson que l'eau le jour de cohabitation maritale. *Bacon* cité par *Zimmermann* (*Traité de l'expérience*, t. III, p. 82) dit avoir constaté que la virilité s'affaiblit chez les buveurs, etc.

A ces causes, si l'on ajoute maintenant l'action désastreuse des mariages consanguins, les excès de la vie moderne, la misère physiologique qui en résulte et dont le *tubercule* — ce *pneumocera vastatrix* — de l'humanité, est aujourd'hui la trop fréquente expression, on aura résumé l'étiologie principale de l'abâtardissement de la race dans les campagnes.

Entre les jeunes mariées et les femmes approchant de la ménopause, il en est d'autres en pleine puissance génésique qui sont, aussi, sujettes à l'avortement. Comme chez leurs sœurs (plus jeunes ou plus vieilles), le médecin attentif en trouve l'origine dans les circonstances suivantes : « Labeurs pénibles, surmenage répété, excitants particuliers, tels que le froid aux pieds « et aux mains, l'usage et l'abus du corset même pendant les « heures de travail. »

Rarement on observe des maladies de l'œuf.

Mais des traumatismes divers, des chutes, des secousses communiquées aux organes génitaux, puis les émotions vives, la surprise, la peur, le *choc moral* en un mot éprouvés par des femmes nerveuses, hystériques, sont autant de causes vulgaires. J'insisterai sur cette dernière circonstance — peur ou frayeur — car sa part étiologique a été remarquable dans plusieurs des faits que je vais exposer.

OBSERVATION. — Mme *Aut...*, femme d'un cultivateur aisé, 34 ans, mère de trois enfants, s'est blessée à 2 mois, en 1878. Elle est maigre, nerveuse, impressionnable. Sa dernière couche date du mois d'avril 1879.

Le 4 mars 1881, à 8 heures du matin je suis mandé pour elle, à 6 kilomètres de ma localité. Elle a été prise d'une *hémorrhagie* tellement forte, dit le S[r] *Aut...*, qu'elle s'est trouvée mal.

A 9 heures l'hémorrhagie avait cessé.

Quelle en était la cause?

En janvier et février Mme *Aut...* n'a pas vu ses règles. Le 21 janvier elle apprend *brusquement* une mauvaise nouvelle : Son mari vient de recevoir un coup de pied de cheval. Elle a grand'peur. Un frisson s'empare d'elle; sa santé est bouleversée.

Comme symptômes : Malaise général, pesanteur à l'hypogastre, faiblesses continuelles, anorexie, aucun écoulement.

Le 3 mars elle se couche, perdant du sang. L'*hémorrhagie*, modérée, continue pendant la nuit.

Le 4, à 7 heures du matin, au lever le sang coule à flots tout d'un coup, des caillots tombent, une syncope a lieu. La malade ne reprend ses sens qu'après de nombreuses excitations. A 9 heures, ai-je dit, tout était fini. Mme *Aut...*, fort pâle, se trouvait mieux néanmoins.

Le *toucher* dénote un utérus abaissé et un col assez ouvert pour que l'index puisse s'assurer de la vacuité de l'organe. *Prescription* : seigle ergoté, 0[gr].50 dans du grog ; repos absolu ; propreté ; 20 gouttes de perchlorure de fer par jour pour combattre l'anémie.

Dans un vase à moitié plein de sang et de caillots je trouvai le corps du délit.

Examen macroscopique. — « Masse charnue, de forme quasi losan- « gique, ayant 14 centimètres de longueur, sur 7 dans sa plus grande « largeur. Sur le 1/3 de son étendue, la face utérine est violacée, « noire par places, infiltrée de sang. Quelques petits caillots noirs « adhèrent fortement aux villosités du chorion. Cette partie de l'ar- « rière-faix semble décollée depuis longtemps. La consistance du « tissu est ferme. — Sur les autres points, l'organe offre des villo- « sités de couleur roséo, molles au toucher, paraissant à l'état physio- « logique. Quelques-unes, d'un ton blanc mat, sphériques, grosses « comme des graines de chanvre, sont disposées en chapelet. Leur « consistance est graisseuse.

« Avec des ciseaux je fends le placenta et je trouve, juste dans son « milieu, enchassée et intacte, une *seule* vésicule..., très mince, très « transparente, du volume d'une olive (amnios?). Elle ne renferme « rien. C'est une vésicule isolée dans la masse charnue qui représente « le placenta. Et là, comme ailleurs, malgré des recherches minu-

« tieuses, je n'ai pas rencontré de vestiges d'un embryon, pas plus
« que des débris de membranes. La paroi de la vésicule adhérente au
« tissu placentaire seule, offre une légère humidité, ainsi qu'une
« vascularisation excessivement fine..., vaisseaux sous-jacents vus par
« transparence. »

Déductions :

C'est là, ce me semble, une grossesse môlaire (?) de l'espèce hydatique ou vésiculaire avec résorption de l'embryon (?).

D'après les accoucheurs les causes de cette grossesse seraient diverses, traumatiques ou morales; mais la pathogénie n'en serait pas encore bien fixée. Si l'on réfléchit cependant au fait de l'épouse *Aut...*, on peut en donner l'explication suivante : « La frayeur qu'elle a ressentie a causé un brusque « réflexe qui a provoqué l'excitation immédiate des centres vaso- « moteurs. Cette excitation elle-même a eu d'abord pour con- « séquence la dilatation paralytique des capillaires de l'utérus « (congestion), puis leur rupture avec épanchement entre cet « organe et l'œuf, au milieu des connexions vasculaires qui « forment le placenta. Elle a déterminé, en un mot, l'*apoplexie*, « ou mieux encore la *thrombose* placentaire. » (Bustamente, thèse de Paris, 1868, p. 18. *Du placenta.*)

Or *thrombose* signifie coagulation du sang et oblitération des vaisseaux. Dans l'espèce même obstacle à la circulation : hypotrophie et dégénérescence des villosités choriales.

Le placenta, organe vasculaire essentiel, décollé par l'épanchement, ne pouvait plus dès lors remplir son rôle. La vitalité de l'embryon fut compromise; un processus régressif s'empara de l'œuf; son dernier terme fut la disparition du contenu. Le placenta enfin devait dégénérer à son tour, et à une époque variable être rejeté par l'utérus comme un corps étranger. C'est à ce dernier titre qu'il a provoqué des contractions qui brisèrent les liens qui l'y retenaient encore (vaisseaux utéro-placentaires), d'où l'hémorrhagie subite qui l'entraîna dans ses flots.

Il me paraît également admissible que dans les premiers mois de la grossesse les émotions vives sont capables, en vertu

des mêmes réflexes, de déterminer une excitation vaso-motrice contraire à celle qui provoque l'avortement, mais dont la conséquence sera néanmoins très préjudiciable au fœtus. Au lieu d'être paralysante et dilatatrice, l'action vaso-motrice portée à son paroxysme sera excitante et constrictive. Je veux dire qu'elle entravera subitement la circulation, troublera du même coup l'eutrophie de l'embryon, et lui imprimera un cachet de dégradation organique parfois si prononcé qu'au moment de la naissance le fœtus est qualifié de *monstre.*

Je crois peu, je le déclare, à l'influence de l'imagination de la mère sur l'état physique de son fœtus et sur les vices de conformation qu'il offre exceptionnellement en venant au monde. Mais, avec des maîtres éminents, j'admets l'action d'un choc moral, vif et brusque, en tant que cause de modifications subites de la conformation du fœtus, et d'arrêt de son développement. Une frayeur extrême, la nouvelle d'un événement désastreux ont plus d'une fois troublé la santé de la femme et la marche de sa grossesse. On a vu naître à la suite de ces funestes commotions des monstres *pseudencéphaliens* et *anencéphaliens.* (Denonvilliers et Gosselin. *Compendium de chirurgie,* t. I, p. 725.)

Voici un fait que j'ai observé en 1877 :

OBSERVATION. — Le 14 juin, pendant la nuit, alors que tout traitement semblait inutile, je laissai à regret un enfant de 9 mois atteint d'accidents *méningo-encéphaliques* auxquels il succomba peu d'instants après mon départ.

J'étais appelé au secours d'un autre enfant de 8 ans, victime d'un accident fort grave : « Chute d'un lieu élevé. Fracas du coude droit. « Fracture ouverte du bras à la réunion de la diaphyse avec l'épi-« physe. Issue à travers la plaie de 4 centimètres de cette diaphyse. « Hémorrhagie. »

Le pauvre bébé, que je ne devais plus revoir, était le fils d'un médecin qui l'avait mis en nourrice dans ma localité. La nourrice, on le sut trop tard, était une buveuse.

Mme X..., épouse du confrère, jouissait alors d'une bonne santé, et supportait vaillamment une grossesse de 3 mois environ. La mort de

son fils lui fut apprise avec toutes les précautions qui lui étaient dues. Malgré cela, le choc moral bouleversa sa santé à partir du jour néfaste.

« Elle accoucha avant terme d'un *monstre autosite* du sexe féminin, « *famille* des *Ectroméliens*, genre *Hémimèle*, qui vécut trente heures. » (Classification d'Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire.)

L'action vaso-motrice, paralysante ou excitante suivant l'intensité du réflexe qui l'a provoquée, me semble donc avoir joué le principal rôle dans la pathogénie des faits que je viens de relater.

Il est presque superflu d'ajouter maintenant qu'en dehors de la grossesse, mais à la faveur des causes précitées (peur, impressions vives), on observe dans beaucoup de cas tantôt la suppression brusque des règles, tantôt leur manque absolu à l'époque prévue et désirée. *Raciborski* en particulier a donné des observations très concluantes de femmes non menstruées parce qu'elles avaient une crainte vive d'être enceintes.

Dans d'autres circonstances, et toujours sous l'influence des mêmes réflexes, des phénomènes contraires se produiront. On verra, dis-je, des *métrorrhagies* subites avoir lieu. (Exemple remarquable publié par le Dr Leblond, reproduit par le Dr Carpentier-Méricourt. Thèse Paris, 1875, p. 49.)

Je pourrais fournir un bon nombre d'observations du genre de celle de la nommée *Aut...*

Avec *Cruveilhier* (*Anatomie pathologique*), je crois que l'*apoplexie placentaire* est une des causes les plus fréquentes de l'avortement, de l'accouchement prématuré et de la mort du fœtus. En général j'examine toujours l'œuf et ses débris quand il est possible de se les procurer. Mais il ne m'est guère arrivé, si ce n'est dans le fait précédent, de rencontrer des placentas offrant l'altération à laquelle j'ai cru devoir donner le nom de *môle vésiculaire.*

Comme pathogénie et anatomie pathologique, il méritait donc de fixer l'attention presque au même degré que le suivant dont l'importance ne saurait échapper aux accoucheurs.

Observation. — Mme *Rou...*, épouse d'un brave artisan, me demande le 5 mars 1881, ou trente heures environ après la nommée *Aut...* dont je viens de parler.

Mariée à 26 ans, en 1869, elle a réclamé mes soins en juin 1870 pour une fausse couche à 5 mois. En 1871, en 1873 je l'ai encore visitée pour de nouveaux avortements. Certaines femmes ont une sorte de prédisposition individuelle. *Schultz* a rapporté le cas d'une dame qui avorta 22 fois en 3 mois. (Dr Witkoski. *La génération humaine*, p. 276.)

Le 6 mai, en 1876, après une heureuse grossesse, je l'accouche au forceps d'une fille bien vivante, en position O. I. D. P., tête défléchie.

L'opération fut remarquable :

1° Par l'impossibilité absolue, après deux essais méthodiques, de ramener l'occiput sous le pubis ;

2° Par la grande facilité avec laquelle la tête fut, au contraire, réduite dans le sacrum ;

3° Par la substitution de la *face* au sommet au D. I. en voulant dégager prudemment l'O au-devant du périnée.

(Voir les détails de cette application dans ma thèse de chirurgie. Montpellier, 1881, n° 1, p. 80.)

A l'époque, il me fut impossible d'examiner avec le soin nécessaire Mme *Rou...*, petite de taille, bossue, dont le bassin me parut vicié.

Les circonstances, cependant, devaient me favoriser d'une manière exceptionnelle. Aussi est-ce avec une exactitude scrupuleuse que j'ai recueilli toute la clinique de cette intéressante malade.

Relation. — Donc le 5 mars elle m'appelle sur les 4 heures du soir.

A midi, en se baissant pour aller à la garde-robe, un jet de sang volumineux s'est échappé du vagin tout d'un coup, et l'hémorrhagie a continué pendant qu'elle montait au premier étage pour gagner sa chambre à coucher. Mme Lucas, sage-femme, est demandée.

Mme *Rou...* est couchée, mise au repos le plus absolu. L'hémorrhagie continue peu abondante. Douleurs nulles. Mouvements brusques, tumultueux du fœtus qu'elle porte, car elle est enceinte de six mois.

A 4 h. 1/2 j'étais près de la malade. La perte avait cessé.

Commémoratif. — Dernières règles du 1er au 8 septembre 1880. Se dit grosse de 6 mois. Affirme que le 20 février 1881, à 4 heures après-midi, jouissant d'une parfaite santé, elle a éprouvé une *grande frayeur* subitement causée par une simple plaisanterie de son époux. Cette assertion en amène une autre, et Mme *Rou*... me déclare qu'elle est vive, nerveuse, impressionnable. La moindre des choses l'agite, l'excite à pleurer. D'autres fois elle devient loquace, quelque peu violente, et la crise (hystéro-nervosisme) se termine par des sanglots. Toutes ses grossesses, sauf celle qui arriva bien à terme, n'ont été troublées que par suite de son état nerveux. Autant de crises, autant d'enfants tués, me dit-elle.

Presque immédiatement après la peur, le 20 février, sur les 4 heures la malade, qui n'avait pas eu la moindre flueur blanche, vit apparaître un écoulement d'un liquide glaireux, empesant le linge, parfois verdâtre, d'autres fois presque aqueux (leucorrhée gravidique?). Il a duré une semaine sans la moindre trace de sang. Point de douleurs. Continuation de la vie domestique. Ascensions fréquentes du rez-de-chaussée au premier étage.

Arrêt définitif de l'écoulement le 27 février.

Le jeudi 3 mars elle lave du linge dans l'eau froide. Pour cette besogne elle a mis le genou droit à terre, tandis que le genou gauche lui servait d'appui pour le bras gauche, et que son ventre reposait simultanément sur le bord d'une bailie. Elle était donc courbée sur elle-même, comprimant ainsi son utérus. Après une heure de cet exercice pénible, elle se relève très fatiguée, ayant des douleurs générales dans la moitié gauche de l'abdomen. Cependant elle n'éprouva aucune colique. Mouvements actifs du fœtus.

Le 4 mars, à 11 heures du matin, étant sur une chaise, assise et pliée en deux, Mme *Rou*... se sent inondée... brusquement, et voit qu'elle perd ses eaux.

Malgré cela personne n'est appelé; la malade continue à vaquer aux soins de la maison. Cet état persiste jusque dans la nuit du 4 au 5. Elle se lève quand même.

Mais le 5 mars, à midi, comme on le sait, en se baissant sur le vase, une *métrorrhagie* presque effroyable se déclara, la forçant à réclamer enfin les secours de l'art.

4 h. 1/2 soir. En arrivant près d'elle, je pensai de suite à une ***insertion vicieuse*** du ***placenta***, et me mis en devoir de pratiquer le ***toucher***.

Examen. — *Aspect général de Mme Rou...* — Quoique dans le décubitus horizontal complet, elle paraît être toute de travers dans son lit. Cela dépend d'une déformation singulière de son corps. La figure n° 1 représente exactement le galbe de cette femme, tel que je l'ai dessiné après l'exploration de la filière pelvienne. C'est l'esquisse fidèle de son plan thoraco abdominal ainsi que de la disposition *très oblique* ou presque transversale de l'utérus.

Depuis le mois de mai 1876 je savais bien qu'elle était contrefaite et bossue ; mais, à tort, je ne m'étais pas suffisamment arrêté sur les détails si intéressants que je devais relever plus tard. Quoi qu'il en soit, voici les résultats donnés par un examen approfondi :

Toucher. — Rien en présentation au D. S. Le segment inférieur, trop élevé, ne plonge pas. Col cylindrique, dévié en arrière, peu facile à atteindre ; longueur : 2 centimètres. Son orifice laisse pénétrer l'index qui ne trouve absolument rien dans toute sa cavité, mais est néanmoins taché par du sang rouge brun, épais, sans odeur ni trace de caillots.

A l'index je joins le médius pour mieux toucher l'angle sacro-vertébral et mesurer le diamètre *promonto-sous-pubien* (Pinard). Cette saillie est inaccessible. La symphyse du pubis semble beaucoup plus épaisse (hauteur) qu'à l'état normal.

En revanche je constate une forte concavité du sacrum, et reconnais, d'une façon positive, que le diamètre *coxo-sous-pubien* est rétréci.

Sa mesure, estimée avec l'index gauche glissé sur l'index droit qui repose sur la pointe du coccyx, donne 7 1/2 centimètres au *maximum*. A ce moment je n'insistai pas davantage sur la pelvimétrie. Mais je cherchai à plusieurs reprises le phénomène du *ballottement*, facile à constater en général du cinquième au septième mois de la grossesse, sans y réussir. L'absence de ce signe me confirma dans l'hypothèse d'un *placenta prævia*.

Palper abdominal. — La maigreur du ventre permet de circonscrire l'utérus. Cet organe est très oblique *à gauche*. En 1876 au contraire, *à terme*, il était en obliquité *à droite* et facile à ramener sur la ligne médiane. Aujourd'hui, à 6 mois de grossesse, il en est tout autrement. Car si, d'une part, je délimite bien la matrice dont le fond et le bord droit, devenu supérieur vus a direction anormale, restent bien au-dessous de l'ombilic ; de l'autre, il m'est impossible de la *mobiliser* tant soit peu. Elle remplit l'hypogastre, plus la moitié latérale gauche du bassin, remontant en quelque sorte sur la crête iliaque, mais elle

ne peut être verticalisée par des manœuvres méthodiques. Mme *Rou...* affirme qu'il en a été de même en 1876, et que son ventre ne s'est redressé que dans les derniers jours qui ont précédé l'accouchement, pour s'incliner à droite.

A ce premier examen, malgré le soin que j'apporte au palper, je ne puis savoir au juste la position du fœtus. Pourtant je constatai la présence des *petites parties* en avant et à gauche de la matrice.

Ce fait, associé à l'absence d'une tumeur céphalique au D. S., ainsi qu'à la direction de l'utérus, me fait croire — jusqu'à nouvel ordre — à la présentation d'un plan latéral, *dos en arrière* (?).

L'énorme saillie de la hanche *gauche* fixe beaucoup mon attention.

La distance qui sépare les épines iliaques *antéro-supérieures*, prise avec un galon métré, de A en B, égale 41 centimètres; distance considérable, et le paraissant d'autant plus que l'abdomen est plutôt plat qu'arrondi. Mouvements du fœtus appréciables à la main.

Auscultation. — Elle est difficile. Des bruits intestinaux masquent les doubles pulsations. Je crois les saisir assez nettement pour en compter 60 à 70 à la minute, au-dessus du pubis. La lenteur du rhythme cardiaque et le tumulte ressenti au moment de la *métrorrhagie* indiquent donc la détresse du fœtus.

En résumé, à l'aspect de ce grand bassin déformé dont la direction est très oblique de droite à gauche et de bas en haut, de celle de la matrice qui est calquée sur la première; je crois *a priori* que Mme *Rou...* a réellement un bassin oblique et probablement *ovalaire* (?).

En tout cas il y a là une *obliquité spéciale*.

Membres abdominaux et rachis. — Je complétai l'examen en recherchant sur les membres des traces de *rachitisme*. Comme en 1876, je trouve des membres fort maigres, très droits, sans la plus petite courbure anormale. Les articulations de la hanche, du genou, du cou-de-pied jouissent de tous leurs mouvements physiologiques. Nulle part, malgré les investigations les plus minutieuses, on ne trouve des stigmates ou des cicatrices pouvant dénoncer quelque maladie ancienne.

Le rachis, au contraire, est dévié dans le sens *latéral droit*. Il présente une forte courbure en S. — *Scoliose*, sur laquelle j'insisterai bientôt.

Une grosse *bosse* correspondant à la *scoliose* existe sur la face postérieure du thorax. (Fig. 2.)

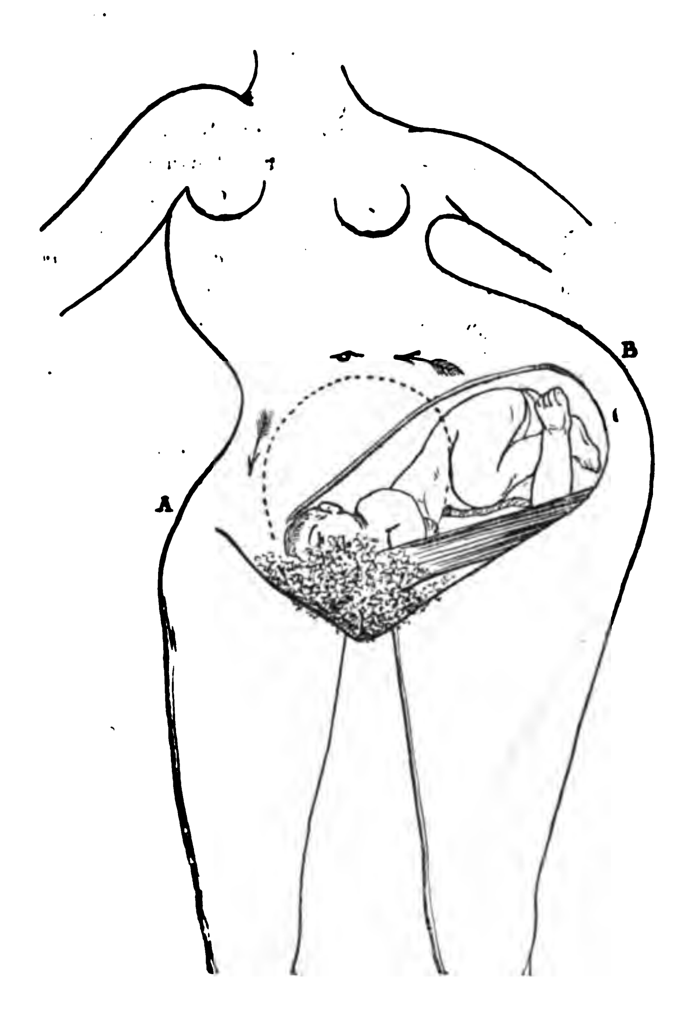


Fig 1.

Obliquité de l'utérus. Position du fœtus reconnue par le palper. Ombres horizontales indiquant l'insertion très probable du placenta.

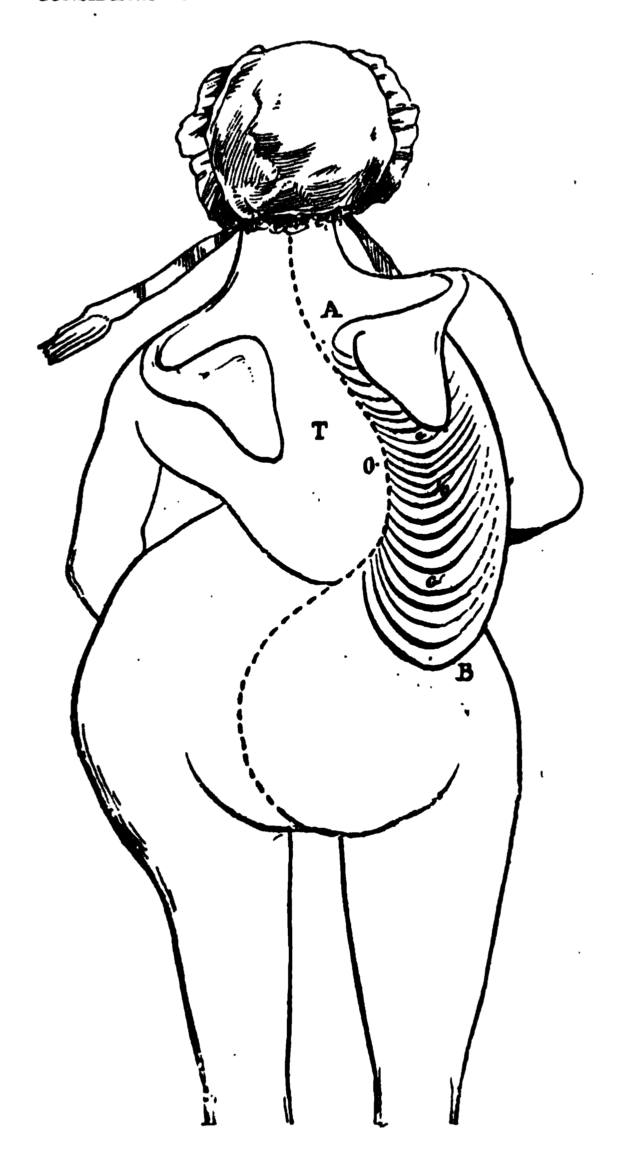


Fig. 2.

Scoliose et bosse à droite. Le thorax s'enfonce dans le bassin asymétrique. (Oblique-ovalaire. — Voir plus loin).

Mais c'est en vain, je le répète, qu'on cherche à son niveau et dans ses environs la moindre cicatrice indiquant une carie des vertèbres, *mal de Pott* ou toute autre maladie des os. En outre, sur la crête épineuse de la colonne vertébrale, si remarquable par la courbure signalée, il n'y a pas d'angle *saillant* en arrière, *gibbosité*, *cyphose* ; pas plus qu'une dépression dorso-lombaire notable, *cambrure*, *ensellure*, pouvant faire croire à une *lordose*. La figure 2 donne une juste idée de cette conformation si anormale.

4 h. 1/2. L'hémorrhagie ayant cessé, je prescris l'immobilité absolue et une grande propreté. Un *tampon* est préparé. 2 grammes de seigle ergoté sont demandés.

6 h. 1/2. Pouls petit, précipité, à 110. Pas de céphalalgie. T., 37,5. Borborygmes. Palper indolent. Mouvements actifs du fœtus. Col ramolli, chaud ; même longueur. Ecoulement médiocre d'une sérosité sanguinolente. Nulles douleurs. Mme *Rou*... veut manger.

Prescription : Repos, linge et garniture phéniqués ; me prévenir s'il survient une nouvelle hémorrhagie.

Dimanche 6 mars. Excellente nuit. Selles et urines. La malade a mangé plusieurs soupes. Nul écoulement. T. 37°. Pouls petit, à 100.

Le palper prouve que l'utérus a la même situation.

A moins de violences ou d'une brutalité scientifique, il est impossible de le ramener sur la ligne médiane. — Col laissant pénétrer l'index qui ne reconnaît rien dans sa cavité. Je crois toujours à la présentation du plan *latéral droit*, dos *en arrière* (fig. 1).

Prescription : Repos, vivres à volonté, linges phéniqués.

Le 7. Je revois la malade. Malgré ma défense, elle a été fatiguée hier par des visites.

Hier, dis-je, à midi, une *deuxième hémorrhagie* a eu lieu subitement. C'est un flot de sang qui s'est arrêté presque aussitôt.

Le soir lassitude, fièvre, mouvements *tumultueux* du fœtus. En somme la nuit dernière a été mauvaise. T. 37,5. Pouls à 100, 110.

Même situation de l'utérus. Nulles douleurs. Col n'ayant plus qu'*un centimètre* de longueur ; lèvres molles et souples. L'index ne trouve absolument rien au D. S. Par le palper on reconnaît néanmoins que les petites extrémités sont en avant, à gauche, mais *plus élevées*.

Le soir même état. Selles et urines. Repos. Propreté. Potages. Vin.

Le 8. La nuit dernière n'a pas été bonne. Malaise général. Écoulement séreux. Mouvements du fœtus.

Sur les 10 h. du matin, *premières coliques*.

A midi, je constate de véritables contractions.

Col effacé, porté en arrière et à gauche. Dilatation à 2 francs. Mucosités et sang. Doubles pulsations très obscures.

Enfin, à 1 h., j'acquiers la certitude que le segment inférieur de la matrice, rempli par une tumeur ronde, assez dure, le *sommet* (?), plonge dans le haut de l'excavation.

Accouchement. — Le travail s'annonçant dans de meilleures conditions, j'installe Mme Lucas près de la malade.

4 h. soir. Douleurs vives. Col en arrière et à gauche ; difficile à joindre; se dilatant peu.

Le segment inférieur, plus aminci, plonge davantage. Il est refoulé par une tumeur qui n'est autre que le *crâne*. Travail irrégulier.

9 h. soir. L'utérus s'est sensiblement redressé. Dilatation très lente vu la rigidité du col. Douleurs vives.

A minuit, l'orifice du col correspond au centre du petit bassin. La dilatation est au moins à 5 francs. Je reconnais une *vaste fontanelle* qui n'est autre que le *bregma*. C'est donc, comme en mai 1876, *à terme*, une position O. I. D. P. Cependant, une demi-heure après, la tête est encore coiffée. La résistance du col, jointe à l'obliquité de l'utérus, quoiqu'il se fût sensiblement redressé, en est la principale cause.

Je fais incliner alors la malade sur le flanc droit, de manière que l'organe soit ramené sur la ligne médiane, à la fois par la pesanteur et les contractions.

Grâce à ce simple artifice, à 1 h. matin, la tête est sortie de l'utérus. Quelques minutes après une contraction jette dehors, en un seul bloc, le fœtus *vivant*, mais très faible.

A la suite *hémorrhagie notable*. Seigle ergoté 0,75 dans du grog.

La matrice se contracte. Mme Lucas se charge de préparer la délivrance. De mon côté, je donne tous mes soins au fœtus qui est ranimé par un bain chaud, les flammes d'un feu vif et des excitations diverses.

Délivrance artificielle. — Vingt minutes après l'expulsion de l'enfant la sage-femme échoue en tentant d'extraire le placenta par le procédé classique. L'utérus est pourtant revenu sur lui-même ; il ne s'écoule que peu de sang. La malade crie, pousse, et dit qu'elle souffre beaucoup plus que pendant la dilatation (*tranchées des multipares*).

L'*hémorrhagie* ayant reparu, je pratique la délivrance. « Ma main « droite, prudente et attentive, trouve d'abord à mi-vagin le placenta « partiellement décollé *de gauche à droite* sur la femme. Sa face « utérine est lisse, homogène, douce au toucher sur une partie de « son étendue, cè qui dépend d'un caillot sanguin qui la double. « Quant à l'autre partie, la plus volumineuse, elle adhère fortement « à la matrice dans laquelle je pénètre. Alors, pour en finir avec une « situation assez délicate — *l'hémorrhagie augmentait !* — je décollai « l'arrière-faix du plafond utérin en raclant et sciant tout à la fois « avec l'extrémité des doigts, sans m'obstiner à détacher quand même. « Quelques cotylédons trop adhérents furent laissés dans l'organe. »

Prescription : Bandage circulaire, lotions à l'eau phéniquée, repos absolu, bouillon, lait. — Bon état général.

Fœtus. — Le 9 mars, 8 h. matin, j'arrivai chez la malade au moment où l'enfant venait de mourir. Il avait donc vécu sept heures.

Sa longueur = 34 centimètres. Cordon = 36 centimètres. Poids exact = 860 grammes.

Bonne conformation. Cheveux naissants. Ongles développés. Sexe féminin.

Diamètres céphaliques : O. M. = 10 centimètres. B. P. = 75 millimètres. B. T. = 63 millimètres. Sus-occipito-mentonnier (maximum Budin) = 10 cent. 1/2.

A peu près sur l'angle postéro-supérieur du pariétal *gauche* existe une saillie ecchymotique, large comme 1 franc, qui représente la petite bosse séro-sanguine formée pendant le travail, et confirme ainsi mon diagnostic d'une position O. I. D. P.

Placenta et membranes. — De forme circulaire. Diamètre = 12 c. 1/2 dans un sens et presque 13 dans le sens perpendiculaire. Son poids, non compris un gros caillot sanguin, noirâtre, que j'ai détaché avec soin de sa face utérine = 300 grammes.

Cet arrière-faix offre du reste d'autres particularités que je vais décrire.

« Placé sur une table de façon que la région qui correspond au « caillot sanguin, soit à la droite de l'observateur, on remarque « d'abord que la poche amniotique est adhérente et intacte sur « plus des 2/3 de sa circonférence. Dans l'autre tiers, au contraire, « elle est réduite à une bande très étroite des membranes. »

Déjà ce fait tend à prouver que le placenta n'était pas greffé sur le fond de l'utérus.

« Lorsque l'insertion est *marginale*, l'aspect des membranes est en « effet caractéristique. Leur rupture se fait suivant le degré de l'in- « sertion, plus ou moins près du bord du placenta, de manière qu'elles « présentent ainsi d'un côté un très grand lambeau, tandis que de « l'autre ce lambeau est d'autant plus petit que l'insertion a eu lieu « plus près du bord. Il peut même manquer complètement, si l'inser- « tion avait lieu en partie sur le col et en partie sur le segment infé- « rieur, et que les membranes aient été rompues au ras du bord du « placenta. » (Extrait de Charpentier, *Archives de Tocologie*, juillet 1874, p. 416.)

Vu la disposition présentée par l'amnios, ainsi que l'hémorrhagie à *répétition* éprouvée par Mme *Rou...*, il me paraît donc certain qu'il y a eu chez elle un *placenta prævia* (variété *marginale*). L'insertion s'est probablement faite à la fois sur le segment inférieur, *zone cervicale* de Barnes, et sur la zone immédiatement au dessus (*zone du méridien*) du même accoucheur.

Le travail, en redressant la matrice, modifia relativement l'insertion de ce placenta. Occupant, par le fait, durant la presque totalité de l'accouchement, le segment alors le plus *déclive* de l'utérus, à cause de la direction et de la fixité de ce dernier organe (fig. 1), son insertion, dis-je, sur la fin du travail, fut réellement *inféro-latérale gauche*.

Face utérine. — Sur les 2/3 de son étendue, elle est à l'état physiologique. Une fois bien lavée par un courant d'eau, elle présente au regard les différents *cotylédons* ou *lobes*. Ils sont saignants, tomenteux. Un lobe plus gros que ceux que l'on distingue *manque* vers la périphérie.

Le doigt ne rencontre sur cette face aucune dureté. Elle est réellement à l'état naturel, sauf dans la région primitivement décollée.

Ici se trouve le caillot sanguin dont j'ai parlé. Sa couleur est noire, son adhérence au placenta forte. Avec de grandes précautions je l'en détache sans déchirer le tissu tomenteux des cotylédons.

Son poids = 60 grammes.

Dans certains points de son épaisseur, il semble organisé. L'œil suit bien ses prolongements dans le tissu du placenta. On distingue même des tractus blanchâtres qui ont l'air de nature fibrineuse. Ce gros caillot était donc situé et comprimé entre le placenta décollé

et la face interne de l'utérus. Au-dessous de lui, après plusieurs lavages, je ne trouve rien de particulier, si ce n'est des caillots plus minces et plus petits, véritables *thromboses partielles* qui pénètrent dans les espaces intercotylédonaires. A part cela, dis-je, tout le tissu est mou, spongieux, sans lésions visibles.

Mais à la périphérie de l'organe se trouvent *deux grosses veines*, bleuâtres, anastomosées en arcades, dont l'une présente une ouverture béante, à travers laquelle sort un *caillot sanguin*, qui s'allonge sous la pression du doigt. C'est le *sinus coronaire*, dit sinus de Meckel, de Lobstein, de Jacquemier.

Ces deux arcades veineuses inégales, se perdent dans le tissu des cotylédons. Suivant *Bustamente* (loc. cit. p. 57), le sinus coronaire existe presque constamment, et est en général situé au point de réunion des trois caduques. Il serait incomplet, irrégulier, et manquerait sur différents endroits de la circonférence. Cet auteur ajoute même avoir remarqué que le sinus en question *manque plus* quand les bords du placenta sont *épais* que lorsqu'ils sont minces. Ce qui était absolument le cas, le placenta que j'examinai étant, on va le voir, d'une grande épaisseur jusqu'à sa périphérie.

M. *Duncan*, qui considère le sinus de Lobstein comme étant une des sources de l'hémorrhagie, dans les cas de *placenta prævia*, émet des idées semblables à celle de *Bustamente* sur la structure de ce canal veineux. Mais il affirme en plus : « que « ce vaisseau remarquable, s'il existe au niveau du bord du pla- « centa qui s'est décollé en dernier lieu, reste ouvert en deux « places, aux deux extrémités du bord qui s'est détaché ; c'est-à- « dire près de la portion qui reste adhérente, et le sang mater- « nel s'écoule librement par ces ouvertures. » (Traduction Budin, p. 407.)

Une seule ouverture, a fixé mon attention. Elle était ovalaire, nette de forme, pleine de *sang coagulé* (*thrombose*), et regardait en dehors du placenta. « Ce qui infirme, en quelque sorte, « l'opinion de *Duncan*, qui prétend qu'en examinant des pla- « centas, il n'a jamais rencontré de caillot dans le sinus cir- « culaire. » (Loc. cit., p. 408.)

Sur toute la périphérie je n'ai pas trouvé d'autres vaisseaux pareillement *disposés* en arcades anastomotiques. Çà et là, à des distances inégales, se voyaient quelques dilatations veineuses.

Obs. — *Face fœtale.* — Cette face qui, à l'état normal, vue d'un peu loin, est blanchâtre, et qui, de près, offre un aspect violacé semé de points blanchâtres (Bustamente, p. 60), est ici, une fois dépouillée de l'amnios et du chorion, absolument lisse et d'un aspect singulier.

Elle a une couleur *cuir neuf*, un peu foncé par l'usage, sur toute son étendue.

Pour mieux dire : « Le placenta, tel qu'on le voit par sa face fœtale, « ressemble par sa forme ronde, sa convexité, sa couleur et sa consis- « tance, à l'un de ces beaux champignons (espèce Cèpe brun clair) « que tout le monde connaît. Plusieurs coupes faites en différents « sens prouvent qu'il est formé de *deux couches bien distinctes.*

« L'une, très ferme au toucher, homogène, ayant la couleur indiquée, a *deux centimètres* d'épaisseur sur tous les points et jusque sur la circonférence. C'est le chapeau du champignon.

« L'autre, molle, spongieuse, très vasculaire, sous-jacente, corres- « pond à la face utérine. Elle est constituée par les villosités choriales « dont l'ensemble forme les cotylédons. Et sur la face *fœtale*, pas plus « que sur la face *utérine*, on n'aperçoit la plus petite plaque jaunâtre, « calcaire, crétacée, ou la moindre dégénérescence graisseuse. »

Histologie. — Le *traité d'anatomie pathologique* de *Cruveilhier*, celui de *Lancereaux*, ne m'ont pas fourni d'exemple d'un placenta de ce genre. Cependant *Verdier* (thèse de Paris, 1868) relate, d'après les *Obstetrical Transactions* (1867), un fait que *Bustamente* reproduit (p. 116), et qui offre de l'analogie avec celui que je viens de décrire.

En voici le simple extrait : « La surface *utérine* ne présente rien « de remarquable ; la consistance et l'aspect général des cotylédons « sont normaux ; la face *fœtale* est teintée en jaune foncé. La sub- « stance du placenta est, dans *toute* l'étendue de cette face, *ferme* et « *dure ;* cette induration acquiert une épaisseur d'un demi-pouce « au bord marginal..... A la coupe cette couche *jaune*, *indurée*, tran- « che brusquement sur la partie molle de l'organe ; etc... (loc. cit.)

Le *microscope*, du reste, devait me fixer sur la nature du processus pathologique qui avait envahi l'arrière-faix.

J'en avais conservé plusieurs fragments dans l'alcool, et grâce à l'obligeance de M. le professeur *Léon*, de Rochefort-sur-Mer, qui a bien voulu examiner lui-même le néoplasme, j'ai pu connaître les détails résumés ci-après :

« Plusieurs coupes de ce tissu, macéré dans l'alcool et durci depuis « un mois, ont toujours donné le même résultat. Aucune d'elles n'of- « fre d'éléments figurés se rapportant à un tissu normal. Pas de cel- « lules embryonnaires. Rien qu'une masse uniforme, sorte de stroma « fibreux, dense, que rien n'infiltre. Cette gangue est d'une texture « très serrée et parfaitement homogène. On n'y trouve ni revêtement « épithélial (il a pu disparaître par le seul fait de la macération « et de la dessiccation), ni vaisseaux, ni nerfs. Ce savant maître croit « à une *dégénérescence fibreuse* de la face fœtale. »

Suites de couches. — Mme *Rou*..., n'eut guère de fièvre que les 10 et 11 mars, après quelques frissons. La température ne dépassa pas 38° ; le pouls se maintint à 110, 120 pulsations; des sueurs profuses se déclarèrent. Le ventre, frictionné à l'huile camphrée, fut entouré de cataplasmes depuis le 9 au 18 mars, et des injections vaginales phéniquées furent opérées 2 fois par jour. Jamais il n'y eu de ballonnement ni de douleurs.

Le 12, en urinant, la malade sentit tomber dans le vase une boule, disait-elle, que je reconnus pour un *morceau de placenta* (cotylédons n'ayant pas été décollés). C'était une masse charnue, purulo-sanguinolente, ramollie, du volume d'un petit œuf. Les lochies durèrent jusqu'au 3 avril.

Mme *Rou*... se leva le 23 mars.

Le lundi 28 je pus l'examiner à fond pour la première fois, malgré un peu de secrétion lochiale. Et depuis, le 11 avril, profitant de sa bonne volonté, j'ai contrôlé et perfectionné mon premier examen.

Conformation générale et ossature; membres; rachis; pelvis; scoliose; pathogénie. — Mme *Rou*... a 38 ans, sa taille = 1ᵐ 37. Par suite de l'élévation et de la saillie de l'épaule droite, les bras paraissent d'inégale longueur. Mais, en mesurant de la pointe de l'*acromion* à l'extrémité du *médius*, on trouve de chaque côté 0ᵐ,64. Ils sont maigres, droits, sans courbures rachitiques. Mains fines.

Du bord supérieur du sternum (creux) au sommet de l'appendice xyphoïde il y a 15 centimètres. Le buste est donc court. On dirait

qu'il s'enfonce dans le bassin, de haut en bas et de droite à gauche (fig. 1). L'espace inter-coracoïdien (sommets) = 26 centimètres.

De l'articulation *sterno-claviculaire droite* à la pointe de l'acromion il y a 18 centimètres; à gauche on trouve 16 cent. 1/2. Toutes ces distances ont été prises avec un galon métré appliqué sur la peau.

Sur le plan thoraco-abdominal on observe encore l'inégalité de la hauteur des seins. Celui du côté droit semble logé sous l'aisselle.

La distance AO comprise entre les épines iliaques *antéro-supérieures* = 27 centimètres. Celle qui sépare le milieu des crêtes iliaques, AB = 32 centimètres.

De la symphyse pubienne à l'épine iliaque *antéro-supérieure gauche* on trouve 19 centimètres, tandis que cette mesure prise à droite = 14 cent. 1/2.

La symphyse est évidemment déviée *à droite*, en dehors de la ligne médiane, et ne peut plus correspondre ainsi à l'angle sacro-vertébral.

La hanche *gauche* fait une énorme saillie, et parait hypertrophiée vis-à-vis de la hanche droite, beaucoup plus mince. Enfin elle est plus haute que sa congénère de 9 centimètres environ.

Conséquemment le bassin, tel que l'esquisse la figure 1, est très oblique de bas en haut et de droite à gauche. Il est *asymétrique.*

Son aspect extérieur donne la pensée d'un type *oblique-ovalaire*, surtout quand on réfléchit à ce fait si important de l'*asymétrie* de ses deux moitiés. On peut même dire que *tout le tronc est asymétrique.*

Membres pelviens droits, très maigres, d'égale longueur, sans traces de rachitisme. Pieds petits. Mme *Rou...* n'a eu aucune maladie. A 18 ans la *menstruation* a été difficile. Elle a marché seule à l'âge de 14 mois.

C'est vers l'âge de 7 ans qu'elle s'est déformée, de sorte que, à 9 ans, en entrant à l'école, elle était toute de *travers* et *bossue.*

Elle marche bien. Seulement, quand elle augmente de vitesse, elle jette l'épaule droite en avant, et dessine alors un mouvement de torsion du tronc sur le bassin. Le cœur bat sous le sein gauche sans bruit anormal. Son rhythme est précipité ; le moindre effort l'accélère et provoque une toux sèche.

Sauf ses avortements et accouchements laborieux cette femme n'a jamais été malade depuis l'âge de 18 ans (*puberté*). Et avant, malgré une vie pleine de misères, sa santé a toujours été bonne. Profession

de tailleuse. Tempérament nerveux, impressionnable. Ses frères sont plutôt petits, mais bien conformés. *Aucune espèce de diathèse.*

Si l'on examine son plan dorso-lombaire, on reste étonné à la vue de l'énorme *bosse* qui occupe la moitié *droite* du thorax (fig. 2).

Cette éminence quasi monstrueuse s'étend de la première dorsale aux premières lombaires. De A en B on trouve 41 centimètres. L'omoplate droite est soulevée. L'auscultation et la percussion démontrent que le poumon est refoulé dans sa moitié inférieure où l'on entend des râles sibilants. La sonorité y est normale comme à gauche. La hauteur prise de O en O' (partie la plus profonde) = 10 centimètres à peu près. Il existe donc chez cette femme, sur la moitié gauche du thorax (face postérieure) une vaste excavation. Elle la comble, depuis l'âge de 16 ans, avec un gros tampon d'ouate de 29 sur 24 centimètres, maintenu par un corset.

Sans cet artifice il lui serait impossible de marcher. La bosse, enfin, est *incurvée*; c'est-à-dire qu'elle côtoie exactement une forte courbure anormale, à *convexité dirigée à droite* de la colonne vertébrale, intéressant toutes les vertèbres dorsales. C'est une *scoliose* des plus accentuées, avec deux courbures compensatrices : l'une *cervicale* l'autre *lombaire*. Le doigt reconnaît facilement la série des apophyses épineuses, ainsi que la gouttière vertébrale *à gauche;* mais à droite, il ne trouve pas de gouttière semblable. Par contre il constate que la crête saillante CC' est formée par l'exagération de l'*angle* des côtes. D'arrière en avant on suit leur trajet dans la gibbosité; les espaces intercostaux sont plus larges.

A droite les fausses côtes touchent la crête iliaque; les arcs des cartilages sternaux sont augmentés.

A gauche les côtes *entrent* dans le bassin; bref la moitié droite du thorax paraît hypertrophiée vis-à-vis de la moitié gauche. C'est une *asymétrie* complète. Les figures 1 et 2, donnent un aperçu fidèle de la conformation de Mme *Rou....*

Etiologie et pathogénie. —La patiente n'est ni *rachitique* ni *ostéomalacique.* Mais son enfance s'est passée dans une noire misère. Sevrée prématurément, sa nourriture a été détestable.

A 9 ans elle a été mise en classe. Elle affirme qu'à cette époque elle était déjà *bossue.*

Pourquoi? Dès l'âge de 6 ans 1/2 à 7 ans, dans le but d'aider sa mère, elle avait été forcée d'aller presque tous les jours chercher au loin un pain de 12 *livres* qu'elle portait sur la *hanche gauche*. En outre, il lui fallait garder ses frères et les avoir sans cesse sur les bras. De sorte que, soit en marchant, soit au repos et debout, elle s'inclinait constamment sur le côté *gauche*. S'enfonçant dans elle-même, se tordant autour de l'axe du corps et comprimant ainsi son bassin afin de pouvoir garder l'équilibre.

Dès son entrée à l'école, sa maîtresse lui fit porter des poids de 2 à 3 livres (ferraille) sur la hanche droite, pour redresser son corps. Il ne saurait donc être ici question d'une déformation causée par une attitude vicieuse prise sur les bancs, ou de la *scoliose scolaire* de Dally. Il y a eu en réalité une scoliose indépendante du rachitisme, de l'ostéomalacie, et du mal de Pott. C'est une *scoliose idiopathique* (Tillaux, *Anatomie topographique*, p. 638), développée sans douleurs, sans troubles de la santé, mais à la faveur d'une dystrophie générale, et surtout de l'attitude forcée, souvent prise par Mme *Rou*... dès sa plus tendre jeunesse.

Enfin chez elle encore, de même que chez les *scoliotiques*, la bosse n'est ni médiane, ni formée par les vertèbres, ainsi que cela existe pour les *rachitiques* et les *cyphotiques*. Elle est *latérale*, formée par les côtes et l'omoplate. La saillie des côtes prouve qu'il y a *torsion* des vertèbres (Tillaux, loc. cit., p. 369. — Professeur Dubreuil, *Clinique sur le mal de Pott*, Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Montpellier, nº 15, 1881).

Misère et *surmenage*, telles furent certainement les causes de cette déviation rachidienne.

Et sans vouloir créer une dénomination nouvelle, il me semble rationnel de dire que c'est là une *scoliose professionnelle*, celle des *enfants surmenés*, ou des *petits porte-faix* (?).

Pelvimétrie. — L'aspect général du bassin, son *asymétrie* bien évidente et demontrée par la mensuration partielle que j'ai fait connaître, sa direction oblique de bas en haut et de droite à gauche, me

donnèrent immédiatement l'idée que je pouvais avoir sous les yeux un bassin *oblique-ovalaire* spécial; je ne dis pas un bassin de *Nægele*.

Prenant donc pour guide les indications de *Nægele* lui-même, que l'on trouve formulées dans le *Dictionnaire Dechambre* (t. VIII, p. 513, article *bassin vicié*, Depaul), ainsi que dans *Playfair* (p. 519) et d'autres classiques, j'ai mesuré d'abord à l'*extérieur* le pelvis de ma malade.

Un crayon dermographique et un compas d'artisan m'ont largement suffi pour obtenir les distances nécessaires. Voici leur valeur exacte exprimée en centimètres :

1° De la tubérosité ischiatique gauche à l'épine iliaque postéro-supérieure droite, 20 centimètres. Même distance prise de droite à gauche = 21 cent. 1/2

2° De l'épine iliaque antéro-supérieure gauche à l'épine iliaque postéro-supérieure droite, 15 cent. 1/2. Même distance de droite à gauche = 17 centimètres.

3° Du grand trochanter gauche à l'épine iliaque postéro-supérieure droite 17 centimètres. Même distance de droite à gauche = 14 centimètres.

4° Du bord inférieur de la symphyse pubienne à l'épine iliaque postéro-supérieure gauche, 19 cent. 1/2. Même distance à droite = 18 centimètres.

5° De l'apophyse épineuse de la dernière lombaire à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, 21 cent. 1/2. Même distance à droite = 17 1/2.

Sur un bassin régulier, toutes ces distances sont égales.

Ici on voit de suite qu'elles diffèrent de 1, 2, 3, et même 4 centimètres.

Il s'agit donc d'un bassin *obliquement* déformé. Et selon *Playfair* qui l'affirme d'après *Nægele*, on peut diagnostiquer sûrement alors un bassin *oblique-ovalaire*. Telle est également l'opinion de *Danyau*, *Depaul*, et de tous les accoucheurs.

Le diagnostic, enfin, peut être contrôlé par l'expérience des fils à plomb.

Nægele (traduit par Danyau), et *Depaul*, s'expriment à ce sujet comme il suit :

« C'est un des caractères essentiels du bassin *oblique-ovalaire* « que la *symphyse* du pubis soit dirigée d'un côté, et le *sacrum*

« de l'autre.... Si on donne à une femme ayant ce genre de vi-
« ciation pelvienne la position verticale, adossée à un plan... et
« qu'on laisse tomber les fils à plomb des points désignés...;
« si on regarde ensuite perpendiculairement au plan le fil anté-
« rieur, on verra qu'il ne couvre point le postérieur. Ce dernier
« ne sera pas dans le plan qu'on peut imaginer entre l'œil et le
« premier; il se déviera à droite ou à gauche suivant le côté où
« se trouve l'ankylose sacro-iliaque (*synostose*), et sa déviation
« sera d'autant plus grande que le vice de conformation sera
« plus considérable. » (*Dictionnaire Dechambre*, t. VIII, art. *Bassin*, p. 514.)

J'ai donc répété plusieurs fois, à chaque examen, l'expérience précédente. « Or, je l'affirme, le fil posé sur la partie inférieure
« de la symphyse, et tenu par la femme elle-même, s'est tou-
« jours dévié à *droite* de 2 centimètres au moins par rapport
« au fil postérieur ou sacré que fixait le mari. »

Ma conviction est absolue à cet égard.

En résumé la conformation visible de ce bassin, la pelvimétrie externe, l'expérience de *Nægele* me font déclarer :

1° Qu'il est fortement *asymétrique*.

2° Qu'il est *oblique-ovalaire*.

3° Qu'il offre, en outre, une *inclinaison latérale droite* très prononcée.

Cette dernière déformation, point signalé par *Lobstein* et *Nægele* lui-même, à peine entrevue par *Lenoir*, serait caractérisée, selon M. *Depaul* (art. cité, p. 478), par ce qui suit :

« Si l'on compare entre eux les deux côtés d'un bassin ainsi
« vicié, on remarque :

« Qu'une crête iliaque s'élève plus d'un côté que de l'autre ;
« *ici il y a une différence de 9 centimètres environ.*

« Que l'épine iliaque antéro-supérieure ne se trouve point
« sur le même plan horizontal à droite et à gauche ; *cette par-*
« *ticularité est frappante sur le bassin dont je parle* ;

« Et que les ischions offrent parfois la même différence de
« niveau. »

En appréciant à plusieurs reprise, le diamètre *bi ischiatique*

qui, chez cette femme, égale 9 centimètres à peine (procédé Chantreuil), je me suis assuré que l'ischion droit était plus proéminent que le gauche, et que, lorsqu'elle prenait l'attitude accroupie, la saillie de cet os se trouvait dans un plan inférieur à celle de l'ischion gauche.

L'arcade pubienne, la fente vulvaire, d'après le même professeur, sont également plus ou moins déviées, et ce genre de viciation se lierait presque toujours à d'autres déformations plus ou moins importantes.

La pelvimétrie *externe* a déjà prouvé la justesse de ces assertions ; la pelvimétrie *interne*, on le verra bientôt, les corroborera à son tour.

Je terminerai ce qui à trait à la pelvimétrie externe en rappelant :

Que la distance *bisiliaque* est de 32 centimètres ; au lieu de 27 (moyenne) ;

Qu'entre les deux épines *antéro-supérieures* il y a 27 centimètres, au lieu de 25 (moyenne).

Et que le diamètre de Baudelocque = 19 centimètres (longueur normale).

Pelvimétrie interne. — Mme *Rou...*, étant debout, appuyée contre un meuble, je la touche sans pouvoir atteindre l'angle sacro-vertébral, malgré l'emploi de l'index et du médius. Ce fait, rapproché de son accouchement à terme, en 1876, qui nécessita l'application du forceps, seulement au D. I., permet de croire que le détroit supérieur, dans son diamètre *promonto-pubien* (utile), est au moins assez large pour laisser passer une tête d'enfant (fille), en position O.I.D.P.

« Sur un bassin oblique-ovalaire le sacrum dévié du côté de la « synostose, n'occupant plus la ligne médiane, il est de peu d'impor- « tance de connaître les diamètres sacro-pubiens qui, du reste, sont « peu ou points rétrécis. » (Pinard. Thèse inaugurale, p. 25.)

Quant au D.I., je l'ai mesuré avec le plus grand soin, et j'ait rouvé le diamètre *coccy-sous-pubien* = à 7 cent. 1/2.

L'excavation, dans laquelle je n'aurais pas pu introduire toute la main sans provoquer de vives douleurs, m'a offert les particularités suivantes :

1° La concavité du sacrum explorée immédiatement au-dessus du coccyx est plus profonde qu'à l'état normal.

2° La moitié antéro-latérale gauche du petit bassin semble réellement moins large que la moitié antéro-latérale droite.

Voici comment j'ai pu l'apprécier : « L'index *droit*, placé dans « l'angle pubien, où il prend appui, explore la face interne de l'is- « chion droit, touche les ligaments sciatiques, l'épine sciatique, et « pivote à l'aise dans la moitié correspondante de l'excavation. Mais « l'index *gauche*, posé à son lieu et place pour exécuter la même ma- « nœuvre dans la moitié gauche du pelvis, reconnaît *plus loin* l'épine « sciatique, et plus tôt, ou *plus près*, la face interne de l'ischion. Il « semble que la paroi latérale gauche du petit bassin s'avance vers le « sacrum. »

3° Avec l'un et l'autre doigt il est impossible de côtoyer le bord correspondant du D S.

4° Le diamètre *biischiatique* = 9 centimètres à peu près.

L'impossibilité d'atteindre l'angle sacro-vertébral n'a pas eu pour seule cause la situation normale de cet angle par rapport au bord supérieur du pubis. Il faut aussi tenir compte d'une forme particulière de la *symphyse* chez Mme *Rou*...

Son épaisseur, ou hauteur, prise avec le plus d'exactitude possible = 6 cent. 1/2. C'est une *barrure*, anomalie rare suivant certains accoucheurs, tel M. le Dr *Pinard* qui, sur 300 bassins, n'a jamais rencontré de symphyse ayant plus de 5 centimètres. (Loc. cit. p. 44.)

Oblique en bas et en arrière, se prolongeant de la sorte vers le coccyx, elle augmente donc, par le fait, la paroi antérieure du bassin, en diminuant du même coup le diamètre coccy-sous-pubien.

L'angustie du D.I. suivant la direction indiquée s'explique ainsi d'une manière claire chez la malade. Evidemment, la barrure a augmenté l'impossibilité de reconnaître le promontoire.

Les doigts explorateurs se sont trouvés trop courts de la différence existant entre la hauteur d'une symphyse normale (4 cent. à 4 cent. 1/2), et celle d'une symphyse prolongée (barrure), de 6, 6 1/2 à 7 centimètres. Enfin, comme le remarque *Joulin* (*Traité des accouchements*, p. 817), dans le bassin de *Nægele*, et

les obliques-ovalaires, en général, le toucher ne permet pas de joindre le promontoire, d'abord par ce qu'il ne se trouve point en face de la symphyse pubienne, et qu'en outre, dans la majorité des cas, il est inaccessible au doigt. *Nægele*, lui-même, avait avancé que le plus souvent (12 fois sur 15) la distance sacro-pubienne dépassait 10 centimètres et s'élevait jusqu'à 11,5. (Voir encore à ce sujet, thèses de Bailly, p. 63; de Pinard, p. 17, 18, etc., et la leçon faite à l'hôpital des Cliniques par le professeur agrégé Chantreuil, p. 229, *Archives de Tocologie*, numéro d'avril 1881.)

Le D. I. de Mme *Rou*... est donc à la fois viciésuivant les diamètres *coccy-sous-pubien* et *biischiatique*.

Cette angustie, que j'avais à peine soupçonnée en mai 1876, pendant l'application du forceps sur une tête un peu défléchie en O.I.D.P, explique bien l'insuccès de ma tentative de réduction.

Car, indépendamment du diamètre *biischiatique* du D.I. qui s'opposait à la rotation, la saillie prononcée du coccyx a pu suffire pour arrêter la branche mâle de l'instrument et entraver ainsi la manœuvre.

Sans doute, comme l'a dit M. *Tarnier* (*Annales de gynécologie*, décembre 1875), dans les positions O. P. qui tardent à se réduire, c'est la déflexion de la tête qui est cause du retard. De sorte que, si l'on applique le forceps pour ramener l'O. en avant, il faut, en premier lieu, bien abaisser le sommet ou fléchir le tête pour obtenir une rotation facile, etc...

Mais ces préceptes ne sont exécutables, bien entendu, que sur un bassin régulier, tandis que chez Mme *Rou*... l'étroitesse du diamètre transverse du D. I. s'est seule opposée à la réduction.

C'est pourquoi la première tentative, faite en sens contraire vers le sacrum, amena rapidement le sommet dans le diamètre coccy-sous-pubien. Et malgré qu'il fût vicié à 7 cent. 1/2, la tête, bénéficiant de la rétropulsion du coccyx, trouva dès lors un espace de 11 centimètres pour son dégagement, qui s'opéra toutefois d'une façon anormale (*substitution de la face au sommet*).

CONCLUSIONS.

Je crois qu'un résumé synthétique des faits les plus remarquables de l'histoire clinique de Mme *Rou*...est nécessaire pour

arriver à des conclusions. Si je n'avais pas suivi et examiné cette malade avec une sollicitude dont elle était bien digne, je serais presque tenté, en première lecture, de douter moi-même du nombre des anomalies que j'ai relevées en l'étudiant à fond. L'intérêt qu'elles excitent est donc grand; et un accoucheur plus autorisé que moi pourrait probablement mieux donner aux faits relatés ci-dessus, l'interprétation rigoureuse qui leur convient.

Dans quelle catégorie ranger le bassin de Mme Rou...?

Si l'on consulte pour cela la thèse inaugurable de M. *Pinard* (p. 25), on voit que, sur 100 bassins viciés, spécialement examinés au point de vue de la pelvimétrie, ce professeur établit cinq catégories principales, au nombre desquelles ne figurent pas les bassins *ostéomalaciques*, les *obliques-ovalaires*, et les *rachitiques à sacrum dévié latéralement*. Sur ces différents types, en effet, la connaissance des diamètres sacro-pubiens est à peu près inutile à la pratique.

Dans les obliques-ovalaires et les rachitiques à sacrum déjeté, les diamètres promonto-pubiens étant peu ou point rétrécis, leur intérêt est faible. C'est la distance sacro-cotyloïdienne du côté vers lequel est porté le promontoire qui est surtout diminuée.

Mais, en prenant la classification adoptée par le même professeur, eu égard à la pathogénie des viciations pelviennes, je suis conduit à le ranger dans les *bassins viciés par une courbure quelconque de la colonne vertébrale.*

Toute inflexion prononcée du rachis, soit *scoliose*, soit *cyphose*, produite dans le jeune âge, a pour effet de relever la base du sacrum en arrière, et par cela même d'agrandir le diamètre antéro-postérieur du D. S. (Pinard.)

C'est là, très probablement, et sans oublier l'obstacle créé par la *barrure*, ce qui existe chez Mme *Rou...*, sur laquelle je n'ai jamais pu toucher l'angle sacro-vertébral. L'influence des déviations du rachis sur le bassin est une question de haute importance récemment traitée par le D[r] *Hirigoyen* (thèse d'agré-

gation, 1880). Si l'on s'en rapporte au compte rendu qu'en ont fait les *Annales de gynécologie* (p. 225, numéro de mars 1881), on apprend que cet accoucheur n'aurait trouvé sur 22 bassins modifiés par une *scoliose non rachitique*, que *deux* exemples de viciation.

Le type reconnu chez Mme *Rou...* serait donc *exceptionnel*, la scoliose supposée n'entraînant que rarement, on le voit, une déformation pelvienne.

Je ne m'engagerai pas davantage sur ce terrain.

Je me bornerai à exprimer en quelques mots les caractères propres au bassin que je me suis efforcé de déterminer :

« Oblique-ovalaire, fortement asymétrique, et à inclinaison « latérale droite très prononcée. Normal ou peu s'en faut, « exagéré peut-être au D.S., comme diamètre promonto-pu- « bien. A sacrum déjeté à gauche, et synostose sacro-iliaque « probable. Rétréci dans tous ses diamètres au D.I. Ayant, « comme forme générale, celle d'un entonnoir très oblique- « ment dirigé de haut en bas, et de gauche à droite. »

Dans un mémoire sur la *scoliose rachitique*, *Léopold* (de Leipsig), déclare que :

1° Les bassins des femmes ainsi déformées sont *asymétriques*.

2° Que l'une des moitiés est rétrécie, l'autre élargie aux détroits.

3° Et que,— ce qui, du reste, est la règle,— à l'élargissement du D.S. correspond le rétrécissement de l'inférieur, etc. *Léopold* range ce type de bassin dans la classe des *bassins comprimés*. C'est une variété *oblique-ovalaire*. (Hirigoyen. Loc. cit., p. 226.)

Bassin comprimé, *variété oblique-ovalaire*, par *scoliose professionnelle* et *non rachitique*. Telle est, je crois, la seule et véritable dénomination qui convienne au bassin de Mme *Rou...*

Quel a été maintenant l'ordre de succession des phénomènes tocologiques depuis le 20 février jusqu'au 8 mars chez cette malade ?

En d'autres termes, comment interpréter cliniquement ce qui a été observé?

Voici ce qui a eu lieu selon moi :

Le 20 février, à 5 mois et 7 jours d'une grossesse très heureuse, indemne de toute complication, Mme *Rou...* prédisposée par son état nerveux, et par trois avortements antérieurs sur quatre grossesses, est bouleversée par une brusque et pénible impression. Un réflexe énergique en est la suite. Il cause une *apoplexie* du placenta, avec *thrombose* de la région envahie par le processus apoplectique.

Aucune hémorrhagie à l'extérieur. La thrombose s'est faite, il faut bien le rappeler, *sans décollement* de l'organe sur sa périphérie; et le caillot lui-même, véritable agent compresseur situé entre la région placentaire décollée et la surface utérine correspondante, a bouché les sources de l'hémorrhagie. Il a constitué presque sur le champ, en un mot, une sorte de digue (Duncan) qui s'est opposée à une hémorrhagie par les cotylédons restés adhérents.

L'existence de caillots volumineux, d'épanchements de sang entre l'utérus et le placenta a été reconnue et signalée depuis longtemps par *Baudelocque*, le chirurgien *Delaforterie*, *Albinus*, etc. (*In* Bustamente. Loc. cit.)

Presque aussitôt, pour la première fois depuis sa grossesse, une *leucorrhée* apparaît. C'est un symptôme de voisinage, une hypercrinie cervico-utérine, sorte d'épiphénomène probablement dû à la compression subitement établie par la thrombose placentaire dans le segment le plus déclive de l'utérus. Cet écoulement dure sept jours. Douleurs nulles. Vie ordinaire, pleine de fatigues.

3 mars. Mme *Rou...* commet imprudences sur imprudences. Son utérus subit d'abord par action réflexe l'effet nuisible de l'eau froide, et par action directe, quoique médiate, les chocs répétés, la compression intermittente amenés par son attitude penchée sur le rebord d'une baille à linge. Continuation de la vie domestique. Ascensions et descentes continuelles d'un escalier difficile. Point de douleurs.

Le 4. Etant assise sur une chaise, c'est-à-dire courbée sur elle-même, position *normale*, et habituelle, mais dangereuse vu les circonstances, elle crève son œuf et perd ses eaux.

Vu le manque d'examen, on ne peut dire si, dès la veille par exemple, malgré l'absence de coliques, il n'y a pas eu dilatation, formation de poche d'eaux et travail prématuré.

Le 5 mars, à midi. En se baissant brusquement, une hémorrhagie *excessive* se déclare. La violence ainsi subie par l'utérus a donc décollé le placenta, non-seulement dans la région thrombosée où cet organe était déjà comprimé et repoussé par le caillot, mais encore sur la périphérie, en amenant *ipso facto* la rupture du *sinus coronaire*.

Telle est du moins mon opinion.

A la suite aucune douleur, aucun symptôme de travail.

Le 6. Deuxième hémorrhagie subite. Quantité médiocre.

Enfin le 8, à 10 heures du matin, invasion du travail, puis accouchement *prématuré* dans la nuit, à 6 mois moins quelques jours. Placenta très adhérent. Extraction artificielle. Suites de couches heureuses.

L'examen des membranes a démontré que l'insertion du placenta était *marginale*.

En définitive, il y a eu, comme ensemble de phénomènes tocologiques, cette singulière coïncidence d'une *thrombose* siégeant sur un *placenta prœvia*.

J'hésite à croire que l'insertion vicieuse ait été la principale cause de l'accouchement avant terme. Les hémorrhagies symptomatiques de cette anomalie débutent rarement avant la fin du sixième mois. Si l'on parcourt la statistique de l'hôpital des Cliniques, on y voit, en effet, que sur 71 cas d'insertion anormale il n'y a eu que 5 cas d'hémorrhagie à 6 mois, 6 mois 1/2, et un seul à 5 mois. (Depaul, *Clinique obstétricale*, p. 653.)

Généralement c'est dans les septième et huitième mois que se déclarent les hémorrhagies à répétition, pathognomoniques de l'insertion vicieuse.

Je ne nie point, cela va sans dire, l'action possible d'un réflexe énergique pour causer une métrorrhagie par décollement

prématuré d'un placenta greffé près du col de la matrice; néanmoins je préfère accepter comme causes déterminantes des symptômes offerts par Mme *Rou...*, l'*apoplexie* placentaire et la *thrombose* préalables, tout en réservant l'influence étiologique de l'état morbide du placenta.

Cette *sclérose* (induration générale) de la face fœtale de l'organe, que le microscope a démontré être une *dégénérescence fibreuse*, cette couche néoplasmatique comprenant toute l'étendue du placenta, sur une épaisseur de 2 centimètres, était-elle *antérieure* ou *postérieure* à la *thombrose?*

Je l'ai déjà dit, il n'y a pas ici d'antécédents diathésiques, d'aucune sorte à invoquer. J'incline donc à penser que l'altération fibreuse a été la conséquence du processus apoplectique.

On ne peut guère admettre, en effet, que la thrombose ait eu lieu le 5 mars lors de la première hémorrhagie, parce qu'il faudrait prétendre alors que, du 5 au 8, le tissu même de l'organe a subi en trois jours une aussi profonde dégénérescence, ce qui paraît invraisemblable.

Conséquemment il me semble plus juste de croire que l'apoplexie et la thrombose, dues au puissant réflexe invoqué, ont pu, par le désordre apporté à la circulation, par la compression exercée sur les cotylédons correspondants et voisins entre lesquels il y avait aussi *thrombose* (*caillots interstitiels*, *jetées thrombosiques*), pervertir la nutrition du placenta et provoquer ainsi, par sa *dystrophie*, la dégénération fibreuse signalée.

L'aspect du caillot, sa consistance, sa forte adhérence à la région thombrosée, les traces d'organisation qu'il présentait témoignent plutôt d'une origine remontant au 20 février, c'est-à-dire à quinze jours avant l'accouchement.

La bonne conformation du fœtus, sa longueur, son poids, son ensemble qui correspondait à l'âge de 6 mois à peu près, sont enfin des raisons de croire que les villosités choriales, organes essentiels de sa nutrition, n'avaient été que peu ou même pas du tout influencées par l'état pathologique de la face fœtale.

« La thrombose se produirait, du reste, de bonne heure, selon

« Duncan; elle semble nécessaire pour conserver la vie du fœtus. » (P. 400 et 402.)

Quant à préciser le siège exact de la *sclérose* de la face fœtale du placenta, c'est une question que j'énonce ici avec la plus grande réserve.

L'examen macroscopique du parenchyme, dont j'ai conservé un fort échantillon, prouve qu'au-dessous de la couche néoplasmatique existent de nombreuses divisions vasculaires qui s'enchevêtrent avec les villosités, et que dans cette région tout est tomenteux et normal. Le tissu connectif du chorion me paraît donc être le siège de la dégénérescence, à moins qu'il n'y ait eu prolifération excessive du tissu lamineux préchorial (*membrane lamineuse de Joulin*). *Virchow* et *Hildebrandt*, selon *Playfair*, auraient décrit sous le nom de *myxome fibreux*, une altération très rare, mais peu définie, du tissu conjonctif chorial (p. 289).

Je compléterai ma pensée sur la pathogénie du fait de Mme *Rou*... en déclarant que, sans la frayeur éprouvée le 20 février, il est probable que sa grossesse, très heureuse jusqu'à ce jour, serait arrivée près du terme. L'insertion vicieuse du placenta, plutôt relative à cause de la direction transversale de l'utérus, n'aurait vraisemblablement dénoncé son existence que dans le courant du huitième mois. Et le fœtus, alors plus vigoureux, aurait eu de grandes chances de survie.

Dans la circonstance il est évident que l'émotion, que le saisissement qui a empoigné Mme *Rou*... a été l'origine des processus tocologiques qui se sont déroulés du 20 février au 9 mars, pour aboutir (après des traumatismes divers ayant agi comme causes déterminantes) à son accouchement prématuré.

Le *choc moral* a donc une puissance réflexogène presque fatale chez certaines femmes nerveuses, dites impressionnables, et l'on ne peut nier que pendant la grossesse et l'état puerpéral qui la suit, cette puissance ne soit des plus dangereuses. J'ai donné des faits à l'appui.

En voici d'autres, non moins probants, qui compléteront ce que j'avais à dire sur cette influence étiologique.

Observation. — Le 21 mars 1881, alors que je visitais Mme *Rou...*, une autre femme, portant à peu près le même nom, l'épouse *Roux*, habitant ma localité, accouchait naturellement, pour la quatrième fois, d'une grosse fille venue en O.I.G.A., à 6 heures du matin.

A 7 heures, cette femme demande à son mari de télégraphier pour faire venir sa mère.

Le sieur *Roux*, terrassier, répondit un peu brusquement : *J'ai bien le temps.*

L'accouchée éprouva un choc moral tel qu'une crise nerveuse éclata sur le champ.

A 8 heures, j'assistai à un accès *d'éclampsie*, pendant lequel la langue fut mordue.

A 9 heures, nouvelle crise, après une demi-heure de coma environ.

Prescription : Sirop de *chloral* et solution de *bromure de potassium*, une cuillerée de l'un et de l'autre, de demi-heure en demi-heure ; lavements *chloralés.*

A 11 heures, nouvel accès, mais moins fort. Entre les crises, la femme *Roux*, quoique hébétée, répond aux questions qui lui sont faites.

Continuer le traitement.

A 9 heures du soir, nouvelle crise peu intense. L'écoulement lochial a lieu. Lotions phéniques. Cataplasmes sur le ventre.

Le 22. Nuit sans accès. La malade ayant les malléoles œdématiées, j'analyse les urines qui sont *sans* albumine. Une seule attaque dans la matinée. Même traitement.

Le 23. Excellent état. Lochies normales. Pas encore de mouvement fluxionnaire des seins. Un peu d'hébétude. Bouillon. Lait. Propreté.

L'éclampsie (peu grave) comme force des crises et comme nombre. a cédé au *bromure de potassium* et au *chloral.* Les urines. analysées encore le 23 au moyen de l'acide nitrique et de la chaleur, ne contenaient point d'*albumine.*

La malade avait perdu le souvenir de son accouchement.

Mais, circonstance singulière, l'idée fixe de voir sa mère la poursuivait sans cesse.

Le 24. Elle l'attendait donc avec impatience, sans la voir arriver, lorsque, vers 8 heures du soir, elle fut prise d'un accès de *manie aiguë.*

Mâchoires serrées. Crachotements continuels. Délire. Mouvements

désordonnés. Pouls à 120, 130, presque filiforme. Au coma de l'éclampsie succédait une véritable *folie puerpérale* qui me parut liée au défaut de lactation, quoique provoquée, sans nul doute, par l'émotion des jours précédents.

Prescription : Bromure de potassium, hydrate de chloral, toutes les fois qu'il sera possible. Lavements peu volumineux au chloral. Vésicatoire à la nuque.

Le 25. Même état. Quelques intervalles de calme dus à l'action hypnotique des médicaments. Pouls très petit, à 120, 130. Selles et urines involontaires. Ventre un peu ballonné. L'enfant ne peut s'allaiter vu l'agitation de la mère qui le repousse, et l'état des seins, peu gonflés, donnant par la pression du mamelon une crème *verdâtre* (colostrum).

Le 25. Arrivée de la mère de la malade dans la soirée. La femme *Roux* semble la reconnaître. Nuit plus calme.

Le 26 matin. Je peux faire avaler 50 centigrammes de sulfate de quinine dans du café. Bromure et chloral.

Journée meilleure. La malade a reconnu sa mère qui l'entoure de tous ses soins.

Le 26. Même état. Un peu de délire dans l'après midi, mais véritable *crise aiguë* le soir et pendant la nuit.

La femme *Roux* attrape ses rideaux, sort de son lit où l'on a beaucoup de peine à la remettre. C'est de la *folie*.

Le 27. Tout rentre dans l'ordre. 80 centigrammes de quinine sont absorbés. Le lait monte. L'enfant tète bien. Ventre souple. Le délire a cessé. Convalescence à dater du 30. Le pouls, je le répète, a été petit, misérable, désordonné, à 120, 130 pulsations.

D'après *Hunter*, *Gooch* et *Playfair*, ce serait, dans de telles circonstances, un symptôme d'une haute gravité, le présage d'une mort presque certaine.

Pour terminer, je donnerai maintenant une série de faits observés sur une même personne. Ce sont autant d'exemples d'accouchements prématurés, bien démonstratifs, de la puissance réflexogène des impressions morales vives et subites.

OBSERVATIONS. — Mme X..., petite de taille, d'une grande beauté, épouse d'un ingénieur distingué, peut être caractérisée par ce seul mot : *sensitive*.

« Mariée à 23 ans, en 1872, jouissant de tout le confort imagina-

« ble, à la campagne; elle accouche spontanément en 1873, à 6 mois, « d'un enfant qui vit quelques heures. Des émotions, des saisis- « sements éprouvés pendant des courses en voiture, ont été regardés « comme les causes de l'interruption de cette première grossesse.

« En 1874, Mme X..., au terme de 8 mois, a une contrariété excessive, « en apprenant que son mari est obligé de s'absenter pour quelques « heures. Le choc moral tue son enfant jusque-là très vigoureux, à « en juger par les mouvements auxquels il se livrait. Cessation subite « de ces mouvements avec l'émotion ressentie.

« Le lendemain invasion du travail. La rigidité du col nécessite « une saignée.

« La *version* est pratiquée pour extraire un garçon se présentant « par *l'épaule*, et dont la mort était connue avant l'opération.

« En 1875 nouvelle grossesse. Au terme de 8 mois environ, Mme X..., « dont la santé était bonne, est effrayée par ses chevaux qui s'empor- « tent et l'entraînent à grande vitesse. Le travail se déclara presque « aussitôt. La *version* fut encore nécessaire pour avoir une fille- « morte, engagée par *l'épaule*.

« En 1879 quatrième grossesse. Les précautions les plus grandes « sont prises. Hélas ! la fatalité allait déjouer tous les calculs. L'ac- « couchement devait avoir lieu le 13 février 1880, date aussi certaine « que possible.

« Le 21 janvier Mme X .., dont l'état général ne laissait absolument « rien à désirer, reçoit la visite d'une de ses amies, elle-même dans « un état de grossesse avancée, qui venait lui faire part de sa pro- « chaine délivrance. A peine assise, la dame visiteuse se trouve mal et « tombe en syncope.

« Mme X... est aussitôt saisie d'effroi, pousse des cris, appelle au « secours, et éprouve les symptômes avant-coureurs du travail.

« Le lendemain, 22 janvier, elle fut encore délivrée par la *version* « d'un enfant venu comme les autres en présentation de *l'épaule*, « mais *vivant*. »

Cette jeune femme, si intéressante, si courageuse, a donc subi trois fois la *version*, pour le même motif : bassin probablement vicié au D. S.

Malgré sa joie, et toutes les plus belles espérances, une catastrophe allait se produire.

Les suites de couches furent excellentes jusqu'au 7 février.

Mais ce jour même une émotion profonde, impossible à prévoir, vint encore tout bouleverser. M. X..., le mari, fut forcé d'aller dans une ville voisine où l'appelaient ses affaires. Dans l'après-midi le train qui le ramenait eut quelques minutes de retard. Il n'en fallut pas davantage pour attérer sa jeune épouse dont l'imagination surexcitée inventa de suite un déraillement, une rencontre de trains, etc., etc.

Pour comble de malheurs elle fut prise, le lendemain 8 février, d'un *frisson* d'une *violence inouïe*. Son état général si bon devint des plus graves.

Chaque jour, quoi que l'on fît, le frisson revenait plus épouvantable, menaçant de la tuer. Elle mourut le 13 mars, malgré les soins les plus assidus, succombant en réalité à une ***phlébite iléo-fémorale*** avec ***pyohémie***.

J'ai beaucoup connu Mme X..., qui a bien voulu me donner elle-même les détails de ses trois premiers accouchements.

Sa sœur, témoin de ses souffrances, m'a retracé ceux du dernier. Ils sont aussi exacts que désolants. Ils ne prouvent que trop, enfin, l'action pernicieuse du *choc moral* pendant la grossesse et l'état puerpéral, ou, si l'on préfère, tous les dangers de la puissance réflexogène du *mens agitat molem*.

DE L'AMPUTATION DU COL DE L'UTÉRUS

DANS LA MÉTRITE CHRONIQUE (1).

Par M. le Dr A. Leblond.

Notre intention, en faisant cette communication, n'est pas de passer en revue l'étude complète de la métrite chronique, mais seulement d'appeler l'attention sur l'amputation du col comme mode de traitement de cette maladie, lorsquelle a résisté aux moyens thérapeutiques ordinairement employés. L'amputation

---

(1) Mémoire communiqué au Congrès de Londres.

du col, que notre excellent maître M. le Dr Gallard a pratiquée sous nos yeux plusieurs fois, et à laquelle nous avons eu recours dans deux cas de métrite chronique qui avaient été vainement traités par les moyens ordinaires, mérite, croyons-nous, de prendre rang dans le traitement de cette maladie.

Si nous cherchons à nous rendre compte des indications opératoires, nous verrons que c'est surtout à la première période de la maladie que ce procédé est applicable. Cette période, que l'on appelle période de ramollissement ou d'infiltration, est caractérisée par l'hyperhémie du parenchyme utérin, laquelle a pour conséquence une infiltration du sang et de la sérosité dans l'épaisseur du tissu. Le col devient mou et augmente de volume. Le plus souvent il se recouvre d'ulcérations fongueuses et saignantes, et prend une coloration plus ou moins violacée en rapport avec le degré d'hyperhémie.

L'augmentation de volume, bien qu'occupant tout l'utérus, atteint cependant plus habituellement le col, qui se tuméfie, s'entr'ouvre, et dont les lèvres se renversent en dehors de façon à produire la déformation connue sous le nom d'ectropion des lèvres du col.

A cette période, qui dure des mois et souvent des années, succède la période d'épaississement ou d'induration, caractérisée par la dureté et la paleur du tissu. On observe alors la diminution de la vascularisation et la production de produits de nouvelle formation, tels qu'éléments fibro-plastiques et fibres de tissu conjonctif; on a affaire alors à une véritable sclérose.

Cette transformation du parenchyme est le mode de guérison spontané de la métrite chronique, et c'est elle que la plupart des traitements ont pour but d'obtenir.

Ces notions d'anatomie pathologique étaient utiles à rappeler, car ce sont elles qui vont justifier l'opération que nous allons exposer bientôt.

Enumérons maintenant en quelques mots les divers moyens employés pour combattre la métrite chronique à sa première période.

Nous ne faisons que mentionner les moyens généraux, dont

l'emploi, toujours utile, ne suffit pas toutefois pour obtenir la guérison. C'est ainsi que le fer, l'arsenic, les préparations iodées, peuvent rendre de réels services chez certaines femmes diathésiques.

Les moyens locaux, tels que sangsues, ventouses, scarifications, sont très utiles au début de la maladie, ou lors de ces retours congestifs si fréquents au voisinage des époques; mais lorsque la maladie est constituée depuis longtemps, il faut avoir recours à des caustiques plus ou moins énergiques.

Les applications de nitrate d'argent, de teinture d'iode, d'acide nitrique, l'acide chromique, etc., bonnes dans les métrites de moyenne intensité, ne donnent pas de résultats marqués lorsque la maladie dure depuis des années et lorsque le col est volumineux et recouvert d'ulcérations fongueuses.

C'est alors que l'on a recours à la cautérisation au fer rouge. Ce caustique est employé en vue de détruire une certaine épaisseur de tissu utérin et de modifier les conditions de nutrition de l'organe, afin d'obtenir plus tard, lors de la cicatrisation, la production de fibres de tissu conjonctif, qui en se rétractant diminuent le calibre des vaisseaux, et empêchent le retour des hyperhémies.

Comme la cautérisation doit être destructive, le fer rouge doit être manié hardiment, l'application de cet agent caustique doit être faite énergiquement.

Dans ces derniers temps on a conseillé l'ignipuncture du col, qui consiste, comme l'on sait, à faire pénétrer un cautère filiforme ou un fil de platine rougi par l'électricité à une profondeur de 5 à 6 millimètres dans 6 à 8 endroits différents de la surface du museau de tanche. Ce moyen, qui est bon et qui donne lieu souvent à la guérison, ne doit pas être négligé; toutefois, l'ayant vu échouer, nous nous sommes demandé s'il ne serait pas possible d'obtenir la guérison en retranchant complètement le col.

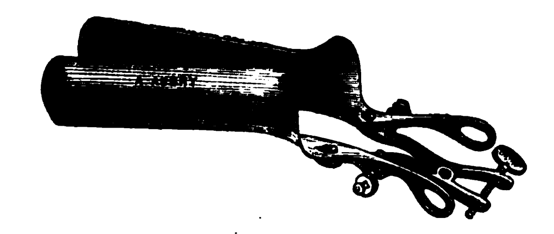
L'amputation étant pratiquée dans une maladie qui ne com-

promet jamais la vie, il était nécessaire de recourir à un procédé d'amputation qui ne fût pas dangereux.

L'expérience que nous avons nous-même et celle du Dr Byrne de Brooklyn, qui nous a dit avoir pratiqué l'amputation du col dans plus de deux cents cas sans avoir eu à regretter aucun accident notable, nous autorise à préconiser l'opération au moyen du fil galvano-caustique. Aussi nous ne parlerons pas de l'amputation au moyen de la chaîne d'écraseur, du serre-nœud de Maisonneuve, des ciseaux.

Exposons maintenant comment nous avons procédé :

La malade étant placée dans le décubitus dorsal, position donnée ordinairement en France pour l'examen des femmes, le chirurgien introduit le spéculum de Gemrig (*voy. la figure*), qui est formé de deux valves susceptibles de s'écarter fortement au moyen d'une vis placée sur les manches de l'instrument; le col, une fois mis à découvert, est entouré par un fil de platine préalablement placé sur la tige d'un galvano-cautère, et formant ainsi une anse. Lorsque le fil est placé à la hauteur voulue, on serre le treuil sur lequel s'enroule le fil et l'on fait passer le courant d'une pile au bichromate de potasse.



La section doit être faite lentement pour éviter l'écoulement du sang. Comme l'amputation a lieu au fond du spéculum, la crépitation produite par la section du tissu permet de se rendre compte du degré d'incandescence du fil, et par conséquent d'éviter une section trop rapide. La crépitation doit être à peine perceptible à l'ouïe.

Lorsqu'on examine la surface de section, l'opération une fois terminée, on trouve qu'elle présente une teinte jaunâtre entre-

mêlée de stries brunâtres ; c'est à peine s'il s'écoule quelques gouttes de sang. On panse ensuite la plaie avec un tampon d'ouate, imbibé d'une solution phéniquée au centième, et l'on fait chaque jour deux à trois irrigations phéniquées dans le vagin. La cicatrisation se fait ensuite assez lentement ; trois semaines à un mois sont nécessaires pour l'obtenir. Le col, examiné plusieurs mois après l'opération, s'est en partie reformé, il se présente sous l'aspect d'un col nullipare, de petit volume et de peu de longueur ; sa coloration est rougeâtre. Chez deux femmes que nous avons ainsi examinées plusieurs mois après l'opération, nous avons trouvé le col presque normal, et tel que, sans être averti, il nous eût été impossible de reconnaître l'opération à laquelle elles avaient été soumises.

En résumé nous concluons que :

1° L'amputation du col de l'utérus peut être pratiquée dans la métrite chronique lorsque la maladie a résisté aux autres méthodes de traitement.

2° L'amputation étant faite pour remédier à une maladie qui n'entraîne jamais la mort par elle-même, il est indispensable de recourir à une méthode opératoire ne présentant que peu de danger.

3° Le col doit être amputé au fond du vagin au moyen du fil galvano-caustique.

REVUE CLINIQUE.

NOTE SUR UN CAS D'ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE DE LA PORTION SUS-VAGINALE DU COL DE L'UTÉRUS.

Par M. Olivier, interne des hôpitaux.

S'il fallait s'en tenir aux descriptions dogmatiques des auteurs qui ont écrit avant 1858, c'est-à-dire avant la publication

du mémoire de Huguier (1) sur l'allongement hypertrophique du col de l'utérus, cette affection serait extrêmement rare. Mais si on analyse les faits épars dans la science, on en trouve des exemples assez nombreux. Saviard, Morgagni, Levret, Cloquet, Mme Boivin et Dugès en avaient publié des cas bien nets; mais, quoique ayant bien vu que l'utérus était allongé et que cet allongement portait surtout sur le col, ce qui les avait le plus frappé, c'était le prolapsus. Ce qu'il fallait montrer, c'est que l'allongement était la lésion primordiale, essentielle; le prolapsus, un accident secondaire et exceptionnel.

C'est ce qu'a fait Huguier. Il a démontré que dans les cas semblables à celui dont nous allons donner la description plus loin, il y a non pas prolapsus complet de l'utérus, mais allongement de la portion sus-vaginale du col.

Depuis le travail d'Huguier, un certain nombre d'observations ont été publiées, notamment par notre maître M. Gallard, qui en a fait le sujet d'une très intéressante leçon (2). Mais ce qui manque à la plupart de ces observations, c'est la relation de l'autopsie et l'examen histologique. Ayant eu la bonne fortune d'en observer un cas type, dans lequel l'amputation conoïde a été faite et dont le sujet vient de mourir de ramollissement cérébral, il nous a paru utile d'en publier l'observation.

La nommée Lan... (Jeanne), âgée de 65 ans, et exerçant la profession de blanchisseuse, entre le 14 juillet 1881 dans le service du Dr Gallard, à l'Hôtel-Dieu. Cette femme fut réglée à 16 ans, et ses règles furent toujours régulières. Elle eut trois enfants; les deux premiers accouchements se firent facilement, mais le troisième fut laborieux, dura trois jours, et il fallut le terminer par la version podalique. Ce dernier accouchement eut lieu à l'âge de 42 ans, et à partir de ce moment les règles ne reparurent plus. Les suites de couche furent normales, et

(1) Huguier, *Sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus* (*Mémoires de l'Académie de médecine*, 1859, t. XXIII, p. 279).

(2) Gallard. *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, Paris, 1879, p. 783.

elle reprit son travail au bout d'une quinzaine de jours. Depuis cette époque sa santé fut parfaite. Cependant elle dit que de temps en temps, lorsqu'elle travaillait trop, elle souffrait un peu dans le bas-ventre, ce qui n'arrivait jamais avant son dernier accouchement. Il y a deux ans, en faisant un effort violent pour soulever une cuve, elle ressentit une douleur assez vive dans le bas-ventre, et une tumeur apparut brusquement à la vulve. Elle fut forcée de cesser son travail et de se coucher; au bout de quelques heures, elle réussit à faire rentrer la tumeur, et les douleurs cessèrent aussitôt. Depuis cette époque, chaque fois que la malade reste quelques instants debout, le prolapsus reparaît et rend la marche pénible et douloureuse; en même temps elle éprouve une sensation de pesanteur sur le périnée et chaque pas détermine l'apparition d'élancements qui s'irradient jusque dans les aines. Bientôt se montrèrent des pertes jaunâtres, très abondantes et parfois fétides, qui l'incommodaient beaucoup. Depuis l'apparition de la tumeur à la vulve, la malade a des envies fréquentes d'uriner, mais la miction est difficile et parfois douloureuse, et elle nous dit que quelquefois elle ne peut arriver à uriner qu'après avoir fait rentrer la tumeur. La constipation est habituelle et parfois très opiniâtre. La santé générale est restée bonne. L'examen local nous donne les renseignements suivants : la paroi abdominale permet par sa souplesse l'exploration facile du petit bassin. Par le palper, on sent en arrière du pubis une tumeur arrondie et mobile qui parait être le fond de l'utérus. Les annexes ne présentent rien de particulier. Le doigt, introduit dans le vagin, rencontre presque immédiatement le col utérin, qui est gros et de consistance assez dure. La lèvre antérieure est proéminente; la lèvre postérieure, moins volumineuse, semble fuir en arrière. L'orifice est entr'ouvert; mais, comme son pourtour n'est pas ramolli, le doigt ne peut y pénétrer. La surface du col est saine, on n'y sent pas d'ulcération. Si on pratique la palpation en même temps que le toucher, on peut s'assurer que la tumeur qu'on sent en arrière du pubis est bien le fond de l'utérus, car on peut faire facilement mouvoir l'utérus entre ses deux mains. Les

culs-de-sac sont souples, libres, et ont leur profondeur normale. On place alors la malade sur un lit à spéculum, les jambes fortement écartées, et on lui ordonne de pousser; on voit immédiatement le col apparaître à la vulve, mais il la dépasse à peine. On saisit alors le col et, malgré des tractions répétées, on n'arrive pas à l'abaisser davantage. On peut alors constater *de visu* qu'il est augmenté de volume, mais qu'il n'est pas allongé dans sa portion intra-vaginale. En effet, en avant le vagin s'insère à 2 centimètres du bord libre de la lèvre inférieure, et en arrière à 1 centimètre et demi. Son volume est augmenté, avons-nous dit; en effet, il mesure d'avant en arrière 52 millimètres, et dans le sens transversal 40 millimètres. Ces mesures ont été prises avec le compas d'épaisseur. En abaissant, autant que possible, la lèvre antérieure du col, on remarque que la paroi vaginale a été entraînée. On introduit alors une sonde de femme en argent, et on est forcé de porter très fortement le pavillon en haut pour obtenir quelques gouttes d'urine; on cherche, dans l'épaisseur de la paroi vaginale herniée, le bec de la sonde, et on le sent presque immédiatement à l'entrée du vagin, en avant de l'insertion vaginale du col. Il y a donc cystocèle vaginale, ce qui explique les difficultés d'uriner éprouvées par la malade, lorsque le col était à la vulve. M. Gallard pratique ensuite le toucher rectal, et il constate qu'il y a un peu de rectocèle vaginale. On réintroduit la sonde dans la vessie et M. Gallard cherche à en sentir le bec à travers la paroi rectale. Ses essais sont infructueux, et il se rend parfaitement compte qu'un corps volumineux, l'utérus, se trouve interposé entre la sonde et son doigt. Il introduit enfin un hystéromètre dans la cavité utérine; cet instrument s'y enfonce de 105 millimètres. Après avoir retiré son hystéromètre, il essaie de réduire l'utérus; celui-ci se laisse d'abord refouler, mais bientôt on se sent arrêté par une résistance qu'on ne peut surmonter; c'est à peine s'il est remonté de 3 à 4 centimètres. La présence du fond de l'utérus en arrière du pubis, alors que le col est à la vulve, le résultat du cathétérisme utérin, permettent de rejeter immédiatement l'idée d'un prolapsus de l'utérus. Il y a cepen-

dant un certain degré de prolapsus, mais il est ici certainement secondaire. Nous ne pouvons avoir affaire qu'à une hypertrophie du col de l'utérus.

Nous ne confondrons pas l'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col, auquel nous avons affaire dans ce cas, avec celui de la portion sous-vaginale, parce que dans ce dernier il n'y a pas de refoulement de la vessie et du rectum, pas même du vagin dont la cavité est augmentée; de plus, le col qui dépasse la vulve ne peut rentrer dans le vagin. Or, nous avons vu plus haut que, chez notre malade, on pouvait faire rentrer le col dans le vagin, et qu'il y restait pouvu que la malade gardât la position couchée.

Quel traitement fallait-il appliquer à cette affection? M. Gallard pensa immédiatement à faire l'amputation conoïde du col, selon le procédé d'Huguier. On pouvait cependant discuter l'opportunité d'une opération, qui, sans être très grave, pouvait néanmoins offrir des dangers, étant donnée la proximité du péritoine et de la vessie, et objecter l'âge de la malade. Un certain nombre de raisons sérieuses militaient en faveur de l'opération. Tout d'abord la maladie avait débuté après la ménopause, et il y avait bien peu de chances pour qu'elle s'arrêtât dans sa marche. Ensuite, la gêne qu'imposait la tumeur, tant par son volume que par les douleurs et les tiraillements, était assez insupportable pour que cette femme, qui, quoique âgée, vivait de sa profession, ne reculât pas devant une opération même dangereuse, dans l'espoir d'obtenir sa guérison. Un traitement général quelconque n'aurait été d'aucun effet sur une pareille affection. Il eût été impossible de maintenir la tumeur avec un pessaire, étant donnés la très grande largeur de l'orifice vaginal, la mollesse des tissus et le peu de profondeur des culs-de-sac vaginaux. On pouvait encore songer à faire l'occlusion de la vulve, soit au moyen de sutures, comme le conseille Fricke, soit au moyen de cautérisations profondes et répétées, comme l'a fait Gaillard, de Poitiers, dans un cas de prolapsus. Ce moyen est bon lorsqu'il s'agit de maintenir seulement un utérus qui tombe; mais, dans l'allongement hypertrophique du col, celui-ci vien-

dra butter contre l'obstacle, et si cet obstacle est insurmontable, il en résultera des pressions douloureuses, qui auront pour conséquence d'aggraver les souffrances de la malade au lieu de les calmer.

L'âge de la malade devait faire rejeter toute idée d'autoplastie; car, en effet, si ces opérations réussissent assez bien chez les jeunes femmes, elles manquent presque toujours chez les femmes âgées, dont les tissus ont perdu la vitalité nécessaire pour amener l'accolement des tissus avivés et mis en contact. Restait donc l'opération d'Huguier. C'est ce qui fut décidé. M. Gallard en confia l'exécution à M. Pozzi.

Le 28 juin M. Pozzi procéda à l'opération de la façon suivante :

La malade étant couchée dans la position que l'on donne en France aux femmes pour l'examen au spéculum, on procéda à la chloroformisation. Quand la malade fut bien endormie, le col fut fixé solidement, à l'aide d'une pince de Museux implantée d'avant en arrière sur le col, à 2 centimètres environ de son sommet. Puis le chirurgien introduisit un doigt dans le rectum et le recourba en avant de façon à le faire saillir aussi bas que possible sur la tumeur, afin de bien marquer les limites les plus inférieures auxquelles atteignait le rectum, et de se guider sur ce doigt pour éviter de blesser tant le rectum que le péritoine. Il fit alors sur la partie postérieure du col, au point d'insertion du vagin, une incision semi-lunaire, à concavité antérieure; puis, tandis qu'un aide portait en haut et en avant toute la tumeur, il continuait son incision en portant la pointe du bistouri en haut et en arrière, mais sans toutefois entrer encore dans le tissu utérin.

Cette première dissection faite, M. Pozzi essaie de faire la dilatation de l'urèthre avec le petit doigt; il y parvient avec quelque difficulté; mais s'apercevant alors que le doigt est un peu court, il introduit une sonde d'homme en argent et en tourne le bec vers la partie inférieure du cul-de-sac vésical, qu'un aide est chargé de faire constamment saillir. Il fait alors, immédiatement en arrière et au-dessous de la saillie formée par

le bec de la sonde, une autre incision semi-circulaire à convexité antérieure et dont les extrémités rejoignent celles de l'incision postérieure. Cela fait, il sépare lentement et à petits coups la partie antérieure du col, de la vessie et du cul-de-sac du péritoine, dans une étendue de 2 centimètres environ. Il revient ensuite à l'incision postérieure et pénètre peu à peu dans le tissu utérin jusqu'à ce qu'il ait atteint la partie moyenne à peu près ; reprenant enfin l'incision supérieure, il coupe circulairement le tissu utérin et achève la section par un coup de bistouri dirigé horizontalement pour rejoindre l'incision postérieure.

La partie ainsi enlevée présentait la forme d'un cône dont la base correspondait au museau de tanche. Le cône mesurait 45 millimètres de la base au sommet.

La section du tissu utérin donna lieu à une perte de sang assez considérable. Aussi, pour y remédier, dût-on appliquer un certain nombre de pinces à forcipressure. Dans les points où le tissu était dense, comme dans les parties où la section avait porté dans l'épaisseur du tissu utérin, l'hémostase fut obtenue en traversant le tissu avec des épingles recourbées en forme de tenaculum, et au-dessus desquelles on enroula un fil de soie. Les épingles furent laissées en place, après qu'on eut eu soin d'en couper la pointe ; elles seront plus tard enlevées au moyen d'un fil attaché à leur tête.

Lorsqu'on se fut bien assuré qu'il ne s'écoulait plus de sang, on abandonna le moignon, qui remonta aussitôt dans la cavité du vagin ; puis on plaça quatre ou cinq grosses boulettes de charpie imbibées d'eau phéniquée dans le vagin et le tout fut maintenu à l'aide d'un bandage en T.

Le soir nous trouvons la malade très calme et ne souffrant pas ; le pouls est à 72, la température à 37,6 ; seulement elle n'a pas uriné depuis le matin. Nous la sondons et retirons environ un demi-litre d'urine. Le lendemain matin elle se plaint de ressentir quelques coliques ; elle n'a pas uriné depuis la veille. Nous la sondons de nouveau. M. Gallard, pensant que cette rétention d'urine pouvait être due à la compression

exercée par les boulettes de charpie, nous engagea à en retirer deux, ce que nous fîmes séance tenante. La malade a 80 pulsations, et 38° de température.

Le soir l'état général est bon, quoique la température soit à 38,2, et le pouls à 80. Elle a uriné dans le courant de l'après-midi.

Le 30. La nuit a été fort bonne, pas la moindre douleur dans le ventre. Le matin, température 37,2, pouls 66. Nous retirons les autres tampons et faisons une injection avec de l'eau phéniquée au 40°.

A partir de ce jour la température resta constamment entre 37° et 37,5. Jamais la malade ne se plaignit de souffrir dans le ventre. Dès le quatrième jour elle voulait se lever et aller reprendre ses occupations. Le 3 juillet les épingles tombèrent. Malgré notre insistance, se trouvant tout à fait bien, elle voulut sortir le 11 juillet. M. Gallard voulut avant son départ se rendre compte de l'état de la cicatrisation ; il pratiqua l'examen au spéculum, mais en prenant de très grandes précautions. Voici ce qu'il constata. La cicatrisation du col est commencée, mais fort peu avancée, la surface en est rouge, non saignante et de bon aspect. En avant et tout autour du col, la paroi vaginale est presque comme au premier jour ; la cicatrisation y est à peine ébauchée.

Le 22 juillet, le mari de notre malade vint nous demander de vouloir bien la reprendre, nous disant que depuis sa sortie elle était tombée en enfance. Nous la reprîmes volontiers, désireux que nous étions de suivre les progrès de la guérison de l'opération. Elle présentait en effet tous les signes du ramollissement cérébral. La maladie fit des progrès rapides ; dès les premiers jours du mois d'août, elle tomba dans une somnolence continuelle, dont on la tirait avec beaucoup de peine. Elle s'éteignit dans le coma le 22 août. Pendant toute cette période, il nous avait été impossible de faire l'examen au spéculum, étant donné l'état de la malade. Aussi tenions-nous beaucoup à en faire l'autopsie aussi complète que possible. Malheureusement la famille fit opposition et nous dûmes nous contenter de l'exa-

men des organes génitaux que nous pûmes obtenir. En voici la description :

Nous ouvrîmes le vagin par sa partie postérieure jusqu'au niveau du col, et après avoir rabattu la paroi de chaque côté, voici ce que nous constatâmes : la paroi vaginale est sectionnée circulairement à environ 2 centimètres en avant du moignon utérin qui aurait plus tard formé le col. De ce point au moignon, la paroi vaginale manque ou plutôt elle est formée en avant par une lame de tissu cellulaire épaisse de 4 millimètres et par le péritoine, en arrière par cette même lame dont l'épaisseur est moindre, un peu plus de 2 millimètres, et le péritoine. Ce sont ces deux lames qui unissent le vagin à l'utérus. Le bord postérieur de la paroi inférieure de la vessie s'arrête juste au niveau du point où a été faite l'incision antérieure. La surface de section du col utérin est en voie de cicatrisation et il y a déjà une rétraction très notable des tissus. Cette rétraction ne s'est probablement pas faite régulièrement, car il nous a été impossible de faire pénétrer un stylet dans l'utérus. Cependant le canal cervical n'est pas bouché, car, en comprimant l'utérus, nous arrivons à faire sortir un mucus rougeâtre.

Ce qui reste de l'utérus ressemble absolument à un utérus normal; il ne paraît nullement hypertrophié. En voici d'ailleurs les dimensions, qui ont été prises au compas d'épaisseur : diamètre étendu de la base au sommet de l'organe, 70 millimètres; le plus grand diamètre transversal qui s'étend d'une trompe à l'autre mesure 41 millimètres; enfin le diamètre antéro-postérieur mesuré au niveau de la partie la plus épaisse du corps est de 23 millimètres. Nous prenons ensuite les dimensions de ce qui reste du col, à 1 centimètre environ au-dessus de la surface libre et nous trouvons : diamètre antéro-postérieur, 30; diamètre transversal, 28 millimètres. Il y a donc une rétraction. Nous ouvrons alors l'utérus par son fond et nous introduisons un stylet dans sa cavité; après quelques tâtonnements il pénètre dans le col, il n'en sort qu'avec difficulté et en déchirant un peu le tissu. Nous achevons la section de l'utérus sur sa surface

postérieure et nous constatons que le canal cervical est notablement rétréci et de plus qu'il est dévié à droite. L'utérus est parfaitement sain et ses parois ont l'épaisseur normale.

Nous avons pratiqué l'examen histologique de la portion du col qui a été enlevée. Après en avoir fait séjourner des parcelles dans l'alcool, puis dans la gomme picriquée, puis dans l'alcool, jusqu'à durcissement, nous avons enfin fait des coupes que nous avons colorées au picro-carmin. Voici ce que nous avons constaté : le tissu est constitué par des fibres musculaires lisses en nombre extrêmement considérable. Ces fibres ont des dimensions beaucoup plus grandes qu'à l'état normal. Elles sont reliées entre elles par une quantité de tissu conjonctif qui dépasse celle qu'on trouve dans un utérus sain. A voir ce tissu, on se croirait en présence d'une coupe de tissu utérin prise sur un utérus à l'état de gestation. Il est traversé par un grand nombre de vaisseaux dilatés, remplis de sang. Enfin il est sillonné de glandes en grappe extrêmement ramifiées et développées. En résumé nous sommes en présence d'une hyperplasie de tous les tissus entrant dans la structure de l'utérus, muscles, glandes, tissu conjonctif, sans que leurs rapports réciproques soient modifiés d'une manière notable.

Réflexions. — Cette observation présente un certain nombre de points intéressants que nous désirons faire ressortir en quelques mots. La plupart des auteurs représentent l'amputation conoïde du col comme une opération grave et dangereuse. Telle n'est pas notre opinion. Nous avons parcouru un grand nombre d'observations, les cas de mort y sont extrêmement rares. Huguier a eu treize guérisons sur quatorze opérations; c'est à peine si dans quelques-unes il y a eu des accidents. Notre observation, jointe à celles déjà publiées par M. Gallard, en est une nouvelle preuve. C'est donc en somme une opération qu'il ne faut pas craindre de faire, sans attendre pour cela que la maladie soit très avancée.

Notre malade confirme une fois de plus l'étiologie admise par les auteurs ; elle était blanchisseuse, ou plutôt laveuse, ce

qui est pis, puisque, outre qu'elle était forcée de se tenir debout toute la journée, elle faisait souvent des efforts pour soulever des cuves. Elle a eu trois enfants et le dernier accouchement ne put être terminé qu'au bout de trois jours de travail par la version. Une des choses que les auteurs redoutent le plus est l'ouverture de la vessie; cette crainte nous paraît exagérée, et cela résulte pour nous de l'examen des pièces dont nous avons donné plus haut la description. En effet le bord postérieur de la paroi inférieure de la vessie ne dépassait pas le point d'incision antérieur; il n'y avait donc pas danger d'y pénétrer; la dissection a porté sur la lame de tissu cellulaire qui sépare l'utérus du péritoine et le seul danger était d'ouvrir ce dernier; il en est de même en arrière, où il faudrait ouvrir le cul-de-sac péritonéal recto-utérin pour atteindre le rectum.

Dans un seul cas publié par M. Gallard, le chirurgien a ouvert le péritoine et malgré cela il n'y a pas eu la moindre inflammation; ce qui laisserait croire que la lésion du péritoine à ce niveau est peu grave.

Parmi les accidents consécutifs de l'opération M. Gallard signale le rétrécissement du canal cervical du col utérin. Cet accident est rare, puisqu'il ne l'a observé que dans un seul cas où il a dû opérer la dilatation pour faire cesser des accidents qui menaçaient de devenir sérieux; M. Bernutz et M. Courty en ont aussi observé chacun un cas, mais Huguier ne l'a jamais vu survenir à la suite de 14 opérations qu'il a pratiquées. Cependant il faut y prendre garde, car chez notre malade il y avait déjà un rétrécissement et il est probable qu'il se fût accentué. Chez une femme de 65 ans l'oblitération du col n'aurait probablement amené aucun accident, mais si cette femme eût été jeune, encore réglée, on aurait eu à coup sûr des accidents de rétention. Aussi pensons-nous qu'il serait bon, sitôt la section faite, d'introduire dans la cavité du col une petite sonde en gomme. De la sorte, on éviterait certainement une oblitération et très probablement un rétrécissement.

L'examen histologique que nous avons pratiqué démontre très nettement que nous avons eu affaire à une hypertrophie pure et simple de tous les éléments du tissu utérin.

Enfin il est une dernière remarque que nous voulons faire. Plusieurs auteurs et tout particulièrement M. Bernutz ont nié la présence d'une lame de tissu cellulaire entre la face postérieure de l'utérus et le péritoine. Chez notre malade elle existait et elle était épaisse de plus de 2 millimètres. C'est donc avec raison que M. Gallard a admis et soutenu l'inflammation possible de ce tissu et la formation de tumeurs inflammatoires à ses dépens, à la partie postérieure de l'utérus.

CORRESPONDANCE.

MATERNITÉ DE FLORENCE
SERVICE DU PROFESSEUR BALLOCCHI.

CONTRIBUTION A LA CONNAISSANCE DU PROCÈS ÉVOLUTIF DES TUMEURS ÉRECTILES PENDANT LA GROSSESSE.

Par M. le Dr E. Grassi.
Chef de clinique à la Maternité de Florence.

M. le Rédacteur,

Dans le numéro d'août des *Annales de gynécologie*, j'ai lu une *observation* pour servir à *l'histoire de l'évolution des tumeurs pendant la grossesse*, par le Dr Bar.—Cet auteur, avant de rapporter le fait clinique dont il est question, fait observer justement que jusqu'ici les vues théoriques acceptées ne sont pas encore appuyées sur un grand nombre de preuves. C'est ce qui m'a décidé à vous envoyer la relation d'un cas anologue à celui qui a été observé dans le service de M. Tarnier.

La nommée X..., âgée de 27 ans, non mariée, entre

à la Maternité vers le 15 mai 1881. Elle est arrivée au huitième mois de sa première grossesse, qui, soit dit en passant, n'a rien offert d'extraordinaire dans son décours. Pourtant, à son entrée, on observe sur cette femme une petite tumeur à la partie externe de la bouche, à la lèvre inférieure, tout près de la commissure labiale droite. Cette excroissance, dont l'origine remontait à quinze jours au moment de notre première observation, n'est pas plus volumineuse qu'un tout petit noyau de cerise; sa couleur est d'un rouge foncé et son tissu se continue sans limite bien nette de démarcation avec la muqueuse labiale dont elle est recouverte. Cette tumeur a tout à fait l'aspect d'un angiome, elle n'est point animée de battements, mais elle saigne facilement au moindre contact. La femme resta dans la Maternité pendant un mois encore avant d'accoucher et dans ce laps de temps nous vîmes la tumeur augmenter jour par jour dans des proportions vraiment fantastiques. Il me suffit de dire que la veille de l'accouchement cet angiome, de forme cylindrique, avait acquis une longueur de 4 centimètres et un diamètre de 1 centimètre.

Cette augmention de la tumeur avait été accompagnée de quelques élancements douloureux dans la lèvre et d'une certaine difficulté dans la prononciation. De la surface de cette néoproduction suintaient de temps en temps des gouttelettes de sang et sa couche externe avait acquis un tel degré de tension qu'on craignait de la voir se rompre d'un moment à l'autre. Dans l'intention d'éloigner tout danger d'hémorrhagie, M. le professeur Balocchi ordonna la position horizontale de la femme pendant les derniers jours de la grossesse, et l'application sur la tumeur de linges imbibés dans une solution de perchlorure de fer. Heureusement la femme a pu accoucher sans que l'angiome se rompît, même pendant les efforts expulsifs.

Les suites des couches furent très normales, et déjà dans la seconde journée la tumeur, bien que conservant toujours son volume exagéré, était devenue flasque, comme si on l'avait vidée d'une partie de son contenu. Nous ne pouvons rien dire de sa

couleur parce que le perchlorure de fer avait donné à la muqueuse une teinte noirâtre. Huit jours après l'accouchement, la femme sortait de la Maternité et à cette époque la tumeur devenue indolente et tombant sur le menton, avait tout à fait l'aspect d'un tissu condamné à la nécrobiose; à sa base il y avait même un étranglement bien net, par où évidemment elle allait se séparer d'un moment à l'autre, de la muqueuse labiale. Et en effet cette terminaison, aidée par une petite ligature, survint dans la huitième journée après que la femme était sortie de la Maternité. L'observation que nous venons de résumer, non moins que celle du Dr Bar, sert à prouver encore une fois combien la pathologie obstétricale a des limites bien plus étendues que celles de la dystocie ; elle prouve en conséquence qu'un *accoucheur*, dans le sens moderne du mot, doit être bon médecin. En effet comme tout processus pathologique vient à être modifié pendant la longue période puerpérale, la tâche de l'accoucheur ne peut pas être restreinte à faire des versions ou des applications de forceps. C'est à lui aussi qu'il incombe de reconnaître l'influence réciproque de la maladie et de l'état puerpéral ; c'est à lui d'établir la ligne de conduite à suivre.

C'est spécialement pour les maladies de l'appareil circulatoire que cette influence est bien établie, et par cela même les deux cas de tumeurs érectiles observées dans les Maternités de Paris et de Florence méritaient d'être publiées. Et maintenant qu'il nous soit permis de nous demander de quelle manière s'est produit le développement si extrordinaire de ces deux tumeurs. On serait tenté au premier abord de croire qu'il résulte de la gêne de circulation produite par l'utérus développé. Mais il ne faut pas s'exagérer cette influence mécanique à laquelle trop longtemps on a attribué toute maladie de la femme enceinte, sans réfléchir que bien des tumeurs abdominales aussi volumineuses que l'utérus gravide peuvent exister sans donner lieu aux mêmes désordres.

Il ne faut pas oublier, en d'autres termes, que dans l'organisme maternel il y a des modifications générales non moins importantes que les modifications locales de l'utérus. Pour ce

qui regarde l'appareil de la circulation, auquel appartenaient les deux tumeurs en question, ces modifications peuvent se résumer dans l'augmentation de la masse sanguine, le changement de composition du sang et l'augmentation de la tension vasculaire. Or la part qui revient à chacun de ces éléments dans le développement rapide des angiomes n'est pas plus difficile à comprendre que celle qui serait due à la compression mécanique exercée par l'utérus sur un point si éloigné de la région buccale. Comment, du reste, expliquerait-on le progrès rapide des cardiopathies et le développement exagéré des varices dans les premiers temps de la grossesse, si on voulait toujours et seulement envisager l'action comprimante de l'utérus?

On pourrait nous objecter que la rapidité avec laquelle les tumeurs ont disparu après l'accouchement est la meilleure preuve de l'influence tout à fait capitale exercée sur leur développement par la compression de l'utérus. Cette objection n'a pourtant qu'une valeur bien relative. Il ne faut pas oublier, en effet, que chez une femme récemment accouchée, la diminution volumétrique de l'utérus n'est ni assez accentuée, ni assez rapide pour que la gêne de la circulation puisse disparaître d'un jour à l'autre. Il est bien plus rationnel alors de chercher l'explication clinique qui nous occupe :

1° Dans l'hémorrhagie physiologique qui accompagne toujours l'accouchement;

2° Dans la détente consécutive de la tension vasculaire, si facilement révélée par la lenteur caractéristique du pouls puerpéral;

3° Dans ce travail d'involution qui, loin de se limiter à l'appareil génital, s'étend à tout l'organisme de la femme qui a accouché, et fait disparaître cet excès de travail nutritif qui caractérise la grossesse.

Ces conclusions, auxquelles nous sommes arrivé, trouvent peut-être un appui dans la modalité de développement des mêmes tumeurs, observées à une autre époque de la vie, qui est caractérisée par une activité organique non moins forte que

celle de la grossesse; nous entendons parler des premiers temps après la naissance.

Qui ne connaît, en effet, les proportions alarmantes fréquemment acquises par les angiomes chez les nouveau-nés? Est-ce donc trop prétendre que d'attribuer ces mêmes résultats à l'existence de conditions physiologiques de même nature chez la femme et chez l'enfant? Il nous paraît que non. Les changements qui arrivent dans la circulation dès qu'à cette dernière s'ajoute la respiration, l'augmentation de force avec laquelle le sang arrive dans le système capillaire, l'énergie des fonctions nutritives pendant les premiers temps de la vie, voilà autant de circonstances qui sont aptes à favoriser et expliquer le développement des angiomes chez l'enfant, non moins que celles de même nature et qui jouent le même rôle chez la femme enceinte.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES A LONDRES.

La septième session du Congrès a eu lieu à Londres, au commencement du mois d'août. La séance d'ouverture a eu lieu le 4 août, à Saint-James Hall, sous la présidence d'honneur du prince de Galles.

Le discours d'ouverture prononcé par sir James Paget, a obtenu un légitime succès.

Parmi les illustrations scientifiques qui ont assisté au Congrès, nous citerons pour la France : MM. Pasteur, Charcot, Verneuil, Parrot, Ball, Trélat, Fauvel, Brown-Séquard, Noel et Henri Gueneau de Mussy, Ollier, Gaujot ; pour l'Allemagne, MM. Langenbeck, Virchow, Volkmann, Esmarck, Bardeleben ; pour l'Italie, MM. Baccelli, Semmola, Pantalioni, Palasciano ; pour les Etats-Unis, Austin Flint, Fordyce Barker, Marion Sims, Bigelow, Battey, Billings ; pour l'Autriche, MM. Kraposi, Scanzoni, Braun, Schnitzler.

Le Congrès se divise en quinze sections, correspondant à des branches différentes de l'art médical.

Nous ne nous occuperons ici que de la section de gynécologie et d'obstétrique qui intéresse plus particulièrement nos lecteurs.

M. le professeur Tarnier fait une communication sur le **Perfectionnement dans la construction et dans l'application du forceps.**

M. Tarnier, après avoir parlé du forceps en général et fait connaître les raisons qui l'ont amené à modifier cet instrument, termine par les conclusions suivantes :

1° Dans les applications directes le forceps à courbure ordinaire est plus facile à appliquer que le forceps à courbure périnéale.

2° Dans les applications obliques la partie convexe qui résulte de la courbure périnéale vient heurter l'une des branches ischio-pubiennes et fait dévier le manche de l'instrument qui vient alors défectueux.

3° Avec le forceps de courbure ordinaire quand on veut imprimer à la tête fœtale un mouvement de rotation autour de l'axe fictif de l'excavation pelvienne il faut que les manches de l'instrument décrivent au dehors un arc de cercle.

Le professeur Lazarewitch, de Kharkoff (Russie), communique un travail intitulé : **Des courbures du forceps.**

L'auteur termine par les conclusions suivantes :

Le forceps présente trois courbures : une céphalique, une pelvienne, une périnéale.

La courbure céphalique est indispensable, sans elle il est impossible de saisir et d'extraire la tête.

Par l'action de cette courbure les extrémités des lames, pressant de haut en bas sur la tête (vis a tergo) font passer la tête par le canal génital.

Les parties latérales des lames, appliquées sur les côtés de la tête, en la retenant entre elles, dirigent les mouvements.

Plus la tête est grande, plus la divergence entre les extrémités des lames est considérable, et moins la pression de haut en bas sur la tête est considérable. Dans mon nouveau forceps l'articulation rend la divergence des lames possible, tout en maintenant leur parallélisme.

Dans l'action du forceps, outre le pouvoir expulsif, il y a une force latérale de compression sur la tête. Celle-ci est produite par les parois du canal génital, et, comme force accessoire, par les mains de

l'opérateur. Cette dernière étant nuisible, peut être entièrement écartée par des manipulations convenables et par le mécanisme du forceps.

La courbure pelvienne des lames du forceps ne répond pas aux conditions favorables à l'action de l'instrument, elle augmente la force contraire et peut donner lieu à des lésions des parties molles du canal génital. Moins la courbure pelvienne est grande, moindres sont les lésions. Un forceps sans aucune courbure pelvienne répond le mieux aux exigences mécaniques.

La courbure périnéale existe dans peu de forceps parce que, grâce à son élasticité, le périnée peut être dilaté jusqu'au coccyx sans lésions.

La traction du forceps sera guidée par la force musculaire des mains et non pas par un appareil spécial.

Il faudrait que les conditions principales et indispensables pour un bon forceps, fussent expliquées.

Les assertions énoncées peuvent être démontrées par mon nouveau forceps sans courbe pelvienne.

Je cite trois cas des plus importants, dans lesquels elles ont été appliquées.

M. le Dr J. Braxton Hicks, dans un mémoire ayant pour titre : **Remarques sur l'usage que l'on peut faire des contractions intermittentes de l'utérus gravide pour le diagnostic**, montre que l'utérus pendant toute la grossesse se contracte généralement toutes les 5 à 20 minutes. Ces contractions sont réellement reconnaissables par la main. Il indique la valeur de ce signe comme moyen de diagnostic. Dans ce travail l'auteur prouve, et donne des cas à l'appui de son opinion, que le diagnostic fut fixé lorsque ces contractions existaient (ces contractions sont indiquées par le gastrographe), dans les cas suivants : — 1° dans des cas considérés comme grossesse extra-utérine ; — 2° dans les cas d'hydramnios, considérés comme kystes de l'ovaire, où la ponction avait été faite au travers des parois utérines ; — 3° dans les cas de grossesse, où l'on soupçonnait la coexistence d'une tumeur ; — 4° dans l'hydramnios avec grossesse gémellaire, etc., etc.

Le professseur A.-R. Simpson (d'Edimbourg), lit un travail intitulé : **Proposition d'une nomenclature uniforme en obstétrique.**

Le Dr Budin (de Paris), communique une note **sur une disposition particulière des œufs dans la grossesse gémellaire.** M. Budin, dans deux cas qu'il a observés, a trouvé les particularités suivantes :

A l'extérieur il semblait n'exister qu'un seul œuf, mais sur la périphérie des membranes il y avait deux placentas distincts.

A l'intérieur il existait deux poches, l'une incluse dans l'autre.

En disséquant avec soin on a vu qu'il n'y avait là qu'une apparence; les deux œufs pouvaient être complètement séparés, ils n'étaient qu'accolés. L'un d'entre eux s'était probablement implanté sur la paroi utérine alors que l'autre avait déjà acquis un certain degré de développement.

M. le Dr Pawlick lit **un mémoire sur l'opération de la fistule vésico-vaginale dans les cas de destruction du sphincter de la vessie.**

(*A suivre*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Nouveau cas d'hermaphrodisme, par M. Magitot. — La Société de chirurgie s'est intéressée, à plusieurs époques, à la présentation de certains cas d'hermaphrodisme ; aussi, ai-je cru devoir lui présenter ce nouvel exemple, dont je dois la connaissance à notre confrère Blache, qui l'a rencontré par hasard.

L'individu en question n'a été du reste jusqu'à présent l'objet d'aucun examen médical ou scientifique, et comme il offre certaines particularités curieuses, il convient, croyons-nous, d'ajouter sa description à celles qui ont été précédemment publiées.

La nommée Ernestine G..., aujourd'hui âgée de 40 ans, est née en 1841 à Voney, canton d'Alligny (Ardennes). Elle fut enfant unique, de parents bien portants et bien conformés. La déclaration de naissance à la mairie de cette commune fut celle d'une fille, et dès le bas âge, elle fut envoyée à l'école communale des filles de son village.

A 13 ans et demi apparut, sans aucun accident ni phénomène quelconque antérieur, un écoulement de sang par les parties génitales, qui sembla avoir tous les caractères d'une époque menstruelle. L'hémorrhagie fut assez abondante, continue, et dura deux jours.

Trois mois plus tard, nouvelle apparition semblable moins abondante toutefois, et durant seulement vingt-quatre heures. Enfin, trois mois encore après cette seconde époque, troisième apparition d'un écoulement durant encore vingt-quatre heures aussi, mais beaucoup plus clair, analogue paraît-il à de l'eau roussâtre.

Vers la même époque, on aurait constaté chez cet individu un développement notable des seins dont il n'existait point trace antérieurement.

A partir de cette période, et surtout vers 15 à 16 ans, Ernestine G. qui continuait à vivre avec les jeunes filles de son âge, se sentit, ditelle, manifestement attirée vers la fréquentation des garçons du pays. Elle raconte même qu'elle eût une grande affection pour l'un d'eux, sans toutefois qu'il y eût entre eux aucun rapport sexuel. Les circonstances s'opposèrent d'ailleurs à leur projet de mariage.

A 17 ans et demi, Ernestine G.... épousa un homme de son pays, nommé L..., mais les rapports sexuels ne purent avoir lieu que d'une façon très incomplète, son mari, suivant son dire, n'ayant jamais pu pénétrer. Elle remarqua même que, de son côté, elle présentait dans ces rapports une disposition tout à fait analogue à celle de son mari, et qu'un membre pareil au sien, bien que moins volumineux entrait en érection en même temps, en produisant une éjaculation semblable.

Les deux époux vécurent en bonne intelligence jusqu'en 1871, époque de la mort de L... Depuis lors, les idées d'Ernestine G..., devenue veuve, se sont modifiées, et elle manifeste une propension très marquée et même très ardente du côté des femmes. Elle a eu plusieurs maîtresses et elle affirme que les rapports s'effectuent tout à fait normalement.

Ernestine G... fait d'ailleurs l'aveu que, du vivant de son mari, et sans qu'elle ait interrompu ses relations avec lui, elle eut plusieurs fois de véritables rapports avec des femmes, mais moins fréquemment, et moins régulièrement que depuis qu'elle est veuve.

Telles sont les principales circonstances de la vie d'Ernestine G... jusqu'à ce jour.

Examen extérieur. — La taille de cet individu est de 1 m. 78, c'est-à-dire une taille masculine.

Les cheveux sont noirs, assez abondants, quoique courts; la barbe bien fournie, noire, et occupant toute la région qu'elle recouvre ordinairement chez l'homme. Le visage n'a pas de caractère sexuel bien marqué.

Le cou est évidemment masculin par sa forme et ses saillies musculaires. Le larynx toutefois n'est pas saillant, et la voix est manifestement féminine.

La forme générale du corps, les masses musculaires sont celles de

l'homme. La force musculaire mesurée au dynamomètre marque 50 kilos, c'est-à-dire quelle est supérieure à celle des femmes dont la moyenne ne dépasse guère, comme on sait, 40 à 45 kilos.

Les seins sont assez volumineux, mous, et couverts de poils ; mais la forme du mamelon et l'étendue de l'aréole se rapprochent beaucoup des caractères féminins, très différents par conséquent de ce que seraient les seins d'un homme gras. L'individu est d'ailleurs d'une corpulence moyenne.

Le ventre est plat, un peu anguleux sur les côtés, comme chez l'homme. Le bassin est peu développé et masculin ; les genoux n'ont aucune tendance convergente. Sur toute la surface du corps, la peau est rugueuse, les poils sont abondants et rudes, ainsi que cela a lieu chez l'homme. Les pieds et les mains, les attaches des membres sont masculins.

Examen des organes génitaux. — Le pubis est couvert de poils comme dans l'état normal ; le périnée est très étendu, sa surface est également garnie de poils. En écartant les cuisses, on aperçoit aussitôt à la partie supérieure et médiane un corps qui a toutes les apparences d'un véritable pénis du volume de celui d'un enfant d'une douzaine d'années ; le gland est découvert, imperforé comme dans l'hypospadias et retenu inférieurement par deux véritables brides formant pli de chaque côté d'une gouttière sous-jacente qui représente la paroi supérieure du canal uréthral. Ce pénis, dans l'état d'érection deviendrait, au dire de l'individu, environ double de son état de repos. En outre, l'érection ne pourrait être droite ou complète, la verge conservant toujours une certaine courbure inférieure.

Ce pénis occupe la partie supérieure d'une sorte de fente vulvaire limitée de chaque côté par deux grandes lèvres d'apparence normale. La lèvre gauche est toutefois plus volumineuse que la droite, et on y constate la présence d'un corps ovoïde dur et mobile ayant toutes les apparences d'un corps testiculaire. La pression est douloureuse et la palpation permet d'y reconnaître la présence de l'épididyme. Le volume de ce testicule est normal.

Dans l'épaisseur de la lèvre droite on reconnaît la présence d'un autre testicule avec son épididyme, mais d'un volume moindre.

L'index introduit au-dessous de la verge pénètre dans un infundibulum qui n'est limité en avant par aucun vestige de petites lèvres,

profond de 3 ou 4 centimètres, et aboutissant à un cul-de-sac à la partie supérieure duquel on rencontre l'orifice uréthral.

On ne sent toutefois aucune trace du col utérin, et à l'examen plus attentif de la muqueuse, on n'aperçoit aucun vestige des orifices des glandes vulvo-vaginales, non plus qu'aucun débris d'hymen. Le toucher de cet infundibulum est très douloureux, ainsi que toute tentative de cathétérisme ; l'exploration rectale confirme l'absence de prostate et d'utérus.

L'orifice anal est située à 6 ou 7 centimètres de l'orifice de l'infundibulum.

Le sujet s'est constamment refusé au cathétérisme vésical.

Dans les rapports de cet individu avec les femmes, l'érection est suivie d'une éjaculation véritable qui se produit dans l'infundibulum c'est-à-dire comme chez les hypospadias. Le sperme a ses caractères ordinaires : il empèse le linge ; mais à l'examen microscopique, on ne constate aucune trace de spermatozoïdes.

Les détails anatomiques que nous venons de donner seraient de nature à suggérer bien des réflexions touchant l'interprétation qu'il convient de donner à ce fait intéressant.

Si nous accordions une grande importance à certains attributs féminins mentionnés dans l'histoire de cet individu, comme l'existence de trois époques menstruelles, l'état des seins, le timbre de la voix, etc., nous serions d'autre part, conduit par la présence d'organes et de fonctions évidemment masculins, à la conception d'un hermaphrodite vrai rentrant, suivant la classification de Geoffroy Saint-Hilaire, dans la classe des hermaphrodites bisexuels imparfaits.

Notre nouvel exemple se rapprocherait ainsi singulièrement de plusieurs de ceux qui ont été décrits précédemment. Telles sont, par exemple, les relations de Worbe en 1815 (Worbe. *Bull. de la Soc. de la Fac. de méd. de Paris*) ; celui d'Alexandrine-Hortense M..., rapportée par Larrey (*Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1859) ; une autre de Marc (de l'*Hermaphrodisme, Dict. des Sciences méd.*, 1827, tome XXI), et surtout l'histoire si intéressante et si dramatique d'Alexina rapportée par Goujon (*Journ. de l'Anat.*, de Robin, 1869, p. 109).

Dans ces différents cas, il s'agissait d'individus considérés comme du sexe féminin, déclarés et élevés comme tels, et reconnus plus tard porteurs de véritables organes masculins avec fonctions correspondantes.

Si d'autre part, rejetant les classifications anciennes, nous cher-

chons à appliquer ici les notions les plus récentes de l'embryogénie qui nous montrent les organes génitaux confondus pendant la période fœtale dans une unité sexuelle anatomique, pour se déterminer ensuite par une sorte d'appropriation physiologique d'organes à rôle indéfini, nous arrivons à un tout autre résultat.

Nous ne pouvons nous arrêter ici sur ces considérations de l'ordre embryogénique ; mais la conclusion à laquelle nous serions contraint d'arriver serait que l'individu que nous présentons ici est un homme, qu'il n'a jamais cessé d'être un homme depuis la puberté. Seulement c'est un homme anormal avec un hypospadias et un infundibulum représentant la portion membraneuse du canal de l'urèthre, les testicules normaux dans un scrotum bifide, des épididymes normaux et un sperme d'aspect normal, bien que dépourvu de spermatozoïdes.

Cet individu ne serait donc nullement un hermaphrodite, et il convient d'ajouter qu'aucun des cas analogues qui figure dans les auteurs ne justifierait cette même dénomination. Chez tous, en effet, il y a prédominance physique et fonctionnelle d'un sexe sur l'autre, ou pour mieux dire, existence évidente bien qu'anormale des attributs d'un sexe à l'exclusion des attributs de l'autre. On pourrait ainsi aller plus loin et dire qu'il n'existe peut être dans la science aucun exemple rigoureusement constaté d'hermaphrodisme véritable dans l'espèce humaine.

M. Mathias Duval, qui a assisté à la présentation de cet individu à la Société d'anthropologie, a résumé son opinion de la manière suivante : L'examen de cette monstruosité, tout en jetant un jour complet sur l'homologie des organes génitaux de l'homme et de la femme, nous montre que chez les prétendus hermaphrodites, on a considéré comme un vagin ce sinus uro-génital conservé à l'état embryonnaire. Ce sujet, qui est un homme par ses organes internes, doit donc être regardé comme un véritable embryon par ses organes externes, et cela par la persistance du sinus uro-génital, qui n'est autre que l'état embryonnaire de la portion membraneuse du canal de l'urèthre chez l'homme.

Cette interprétation est tout à fait conforme à notre manière de voir.

Discussion.

M. Pozzi. Il ne peut être question chez ce sujet d'hermaphrodisme vrai. On reconnaît chez lui les caractères d'un hypospadias complet;

la profondeur de l'infundibulum qui sépare les deux moitiés du scrotum doit être due en grande partie aux tentatives de coït dont nous a parlé M. Magitot. Il existe chez ce sujet deux testicules évidents, quoique atrophiés. Quant aux petites hémorrhagies survenues à trois reprises, à l'époque de la puberté, elles ne prouvent nullement l'existence d'un utérus; je les attribue à la congestion physiologique dont les organes génitaux sont le siège dans les deux sexes à cette période de la vie. On sait, du reste, que les femmes privées de leur utérus et de leurs ovaires ont pu avoir des règles normales comme quantité et comme périodicité. Les parties accessoires du système génital sont chez elles le point de départ de l'écoulement sanguin.

M. Trélat dit qu'entre autre cas semblables à celui-là, on peut rappeler celui d'Hermann-Dorothée qui eut des règles pendant toute sa vie, et fut considérée comme un homme en Amérique où il vécut.

M. Terrillon a vu dans le service de M. Richer un sujet dont l'histoire est rapportée dans la thèse de M. Filhol et qui présentait des attributs analogues. C'était une femme qui s'était livrée à Toulouse d'abord, puis à Paris à de nombreux excès auxquels la poussait un tempérament très sensuel. Elle avait des goûts féminins, ses règles n'avaient jamais apparu.

M. Lannelongue. — La détermination du sexe de ces sujets est parfois très embarrassante dans les premiers mois de l'existence. Deux cas se sont présentés à l'hôpital Trousseau. Après un premier examen j'ai demandé qu'on me ramenât le premier de ces sujets quelques mois plus tard ; alors je constatai que les deux testicules étaient descendus dans les moitiés correspondantes du scrotum.

Pour le second enfant, j'ai suspendu jusqu'à nouvel ordre ma décision; on doit me le ramener dans quelques temps. La descente tardive des testicules doit être la raison pour laquelle ces sujets sont presque toujours inscrits comme du sexe féminin.

M. Th. Anger. La femme à barbe, morte jadis à l'Hôtel-Dieu, a été un exemple curieux de malformation congénitale des organes sexuels. En réalité, c'était un homme possédant des seins développés et une apparence de vulve. Il y aurait peut être moyen de refaire un urèthre au sujet que nous a présenté M. Magitot.

M. Cl. Monod connaît un jeune enfant qui se trouve dans les mêmes conditions, et sur lequel il pourrait y avoir avantages à tenter une restauration uréthrale.

M. Le Dentu. M. Anger fait erreur en disant que la femme à barbe que nous avons observée ensemble à l'Hôtel-Dieu était un homme. L'autopsie qui m'a été confiée, nous a démontré qu'elle possédait des organes féminins bien développés, c'est-à-dire des ovaires et un utérus. Les hypospadias dans le genre de celui que nous avons sous les yeux ne sont pas très rares. J'en ai vu un tout récemment qui réunissait en sa personne certains caractères du sexe féminin, et les attributs les plus irrécusables du sexe masculin. De chaque côté d'un petit infundibulum ayant les apparences d'une vulve, et dans l'épaisseur des plis simulant les grandes lèvres, on sentait deux testicules bien développés. Ce sujet avait des seins assez volumineux ; mais les lignes du visage ou du corps avaient un caractère masculin très prononcé. La longueur du clitoris à l'état flasque était de 3 à 4 centimètres.

M. Tillaux. La détermination du sexe du sujet qui nous a été présenté ne semble pas aussi simple que le croient plusieurs de nos collègues. Ces règles apparures trois fois au moment de la puberté, m'inspirent des doutes. N'est-on pas en présence d'une véritable hermaphrodite possédant des testicules et peut être aussi en même temps un utérus et des ovaires? Il existe, après tout, des cas d'hermaphrodisme vrai, de sorte qu'on ne peut, *a priori*, nier le caractère bisexuel de cet individu.

Voici un fait qui prouve une fois de plus combien la détermination du sexe de ces sujets offre de difficultés. On me consulta il y a trois ans pour une soi-disant petite fille de deux ans qui portait deux hernies inguinales. A côté de ces deux hernies existaient deux petits corps qui ressemblaient à des kystes des cordons; mais des lésions aussi symétriques me semblèrent invraisemblables et attirèrent mon attention du côté des organes génitaux externes. Je constatai alors qu'il n'y avait qu'une apparence de vulve; les deux petits corps voisins des hernies étaient les deux testicules en ectopie. Cet enfant était du reste turbulent comme un garçon et ses goûts le portaient toujours vers les jeux masculins.

M. Pozzi. Le champ de l'hermaphrodisme vrai se resserre de plus en plus. Les autopsies anciennes ont perdu de leur valeur depuis que l'on sait que les testicules peuvent rester dans l'abdomen, alors que les épididymes sont descendus dans le scrotum. D'autre part, ces observations n'ont pas eu le contrôle de l'examen microscopique.

Chez ce sujet, malgré le timbre féminin de la voix, malgré le de-

veloppement des seins et cette triple apparition de fausses menstrues qui remonte à la puberté, l'existence d'un utérus ne me paraît pas probable, puisque le toucher rectal n'en donne aucun indice, et que rien n'autorise à admettre des ovaires. Les parties génitales externes sont celles d'un homme hypospade, et le sexe est encore accusé par la présence dans les bourses des testicules qui offrent un volume assez considérable.

Dans l'*Union médicale* du 2 août 1879, figurait l'histoire d'un individu considéré comme un homme, qui en réalité était une femme, ainsi que l'a démontré l'autopsie. En résumé, il est assez fréquent de rencontrer, comme dans ce cas, des femmes qui sont hommes, ou, comme dans le cas cité par l'*Union*, des hommes qui sont femmes. Quant aux hommes-femmes ou hermaphrodites vrais, malgré l'opinion généralement reçue, ils sont d'une rareté telle qu'il ne faut admettre leur existense qu'après autopsie et examen de l'ovaire et du testicule avec le microscope. La plupart des faits publiés sont sujets à révision.

M. Poncet. Selon moi c'est un homme que nous avons sous les yeux, car ce sujet n'a jamais eu de vagin, ni d'hymen et le toucher rectal démontre que l'utérus manque.

M. Magitot. J'accorde que la classification de Geoffroy Saint-Hilaire ou figure l'hermaphrodisme vrai, est un peu théorique, et que la réunion des deux sexes chez le même individu n'a pas encore été démontré ; mais je ne m'explique pas très bien l'apparition des règles à l'âge de la puberté chez un individu possédant des testicules passablement volumineux. Les premières apparitions menstruelles datent de 13 ans ; à cette époque, ce sujet a manifesté des goûts féminins très accusés. Les seins ont alors commencé à se développer. Pourrait-on admettre qu'à cette phase de son existence, il y avait encore indécision dans le sexe, et que peu à peu ce sexe masculin a acquis une prédominance marquée, peut-être en même temps qu'un utérus déjà rudimentaire s'atrophiait et disparaissait.

M. Tillaux. S'il en était ainsi, nous serions en présence d'un hermaphrodite véritable avec prédominance de l'un des sexes. Quoi qu'il en soit, l'embryogénie, telle que nous la connaissons, ne permet pas d'accepter l'explication conciliante de M. Magitot. De ce que, jusqu'à un certain moment de la vie intra-utérine, la détermination du sexe est difficile, il ne s'ensuit pas, en réalité, que le sexe est indécis pendant une partie de l'évolution embryonnaire. A plus forte raison ne

peut-on pas admettre qu'une indécision véritable pèse sur le sexe d'un individu jusqu'à la puberté, et qu'après avoir commencé par être femme, il devienne homme pour le reste de sa vie. La physiologie repousse cette sorte de transformation.

Quant à l'explication de M. Pozzi, je ne saurais m'y ralier quoique je connaisse bien des cas de règles survenues chez des femmes privées de leurs ovaires et de l'utérus. J'en ai moi-même présenté une à l'Académie de médecine.

M. Magitot. Soit, mais on peut se demander si c'était de véritables règles par l'abondance et la qualité du sang.

M. Pozzi. Il est inadmissible que ce sujet ait été successivement femme et homme.

M. Farabeuf. Ce qui caractérise le sexe, c'est l'organe producteur des ovules ou des spermatozoïdes. A défaut d'une autopsie qui seule peut démontrer l'existence des ovaires, des menstrues même incomplètes ont une certaine valeur, et je ne vois pas pourquoi elles ne prouveraient pas qu'il y a chez ce sujet quelque rudiment des organes sexuels féminins, tels qu'un utérus imparfait ou une annexe de ces organes, un vagin ou une partie de vagin.

M. Sée. L'hermaphrodisme vrai est caractérisé par la coexistence des ovaires et des testicules. Aujourd'hui on le conteste généralement ; cependant je me souviens d'en avoir lu il y a trois ans, dans je ne sais quel journal, une observation appuyée sur une autopsie.

(*Séance du 8 juin* 1881.)

R. Chenet.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Compendium des maladies des enfants, par J. Steiner (1).

Les traductions d'ouvrages étrangers se multiplient chez nous depuis quelques années. Quel que soit le mérite personnel des auteurs ainsi mis à la portée du public médical, cette importation des idées et

(1) Un vol. in-8 de XXIII-773 pages, chez A. Coccoz, libraire-éditeur, rue de l'Ancienne-Comédie. — Prix : broché, 12 fr. ; relié, 14 fr.

des façons d'enseigner, des découvertes de nos voisins, mérite d'être encouragée. Nous rendons largement à l'étranger ce qu'il nous prête, et cet échange est tout profit pour la science et pour l'humanité.

Le livre que nous voulons analyser est arrivé à sa troisième édition depuis dix ans, preuve de l'estime de ses compatriotes, et puis, ainsi le dit le traducteur, « l'abondance des traités didactiques sur les maladies des enfants, n'est pas d'ailleurs telle en France qu'un livre de plus doive être considéré comme une superfétation ».

Le plan de ce manuel est très vaste, bien que son volume soit restreint, car il embrasse non seulement l'étude de toutes les maladies qui sont du ressort de la pathologie interne, mais encore inévitablement plus d'un chapitre de physiologie infantile, et ce qui eût pu être laissé de côté sans dommage, la plupart des vices de conformation et bon nombre de maladies ordinairement étudiées dans les traités de chirurgie. De la multiplicité des articles, il résulte que bien des chapitres importants se trouvent forcément écourtés, et l'ordre suivi dans la marche du livre est loin de suppléer à la brièveté des descriptions.

Voici les titres des divisions principales : 1° Aperçus généraux de physiologie; 2° Examen des malades; 3o Maladies du système nerveux; 4° Des organes de la respiration; 5° De la circulation; 6° De l'appareil digestif; 7° Des organes génito-urinaires; 8° Dystrophies générales; 9° Maladies infectieuses; 10° Maladies de la peau.

L'enfant peut être malade dans le sein maternel : les affections aiguës, les maladies chroniques de la mère peuvent l'atteindre, nuire à son développement, le tuer. Quels sont les soins à lui donner avant la naissance? Ainsi débute le livre. Puis vient l'étude du nouveau-né, les conséquences cliniques de l'établissement de la respiration et de la nouvelle circulation. Ce chapitre de physiologie particulièrement intéressant s'arrête trop tôt à notre avis. Plus loin, dans les maladies de l'appareil respiratoire, nous trouvons l'asphyxie des nouveau-nés, la mort apparente, et aux chapitres des maladies du cœur, les vices de conformation de cet organe. N'y aurait-il pas eu avantage à réunir au commencement du livre toutes ces données physiologiques si importantes en même temps que les monstruosités plus ou moins incompatibles avec la survie du nouvel être? Puisque l'on consacrait, et avec raison, un chapitre spécial au nouveau-né; puisque d'autre part on voulait donner une place aux vices de conformation, il nous semble que, parallèlement à l'étude des fonc-

tions qui se développent au moment de la naissance, il eût été préférable de montrer aussi les arrêts de développement qui peuvent s'opposer à l'établissement de ces fonctions.

Les maladies du système nerveux sont étudiées avec un certain développement. Citons particulièrement l'hydrocéphalie, les tumeurs cérébrales, l'éclampsie, les différentes formes de chorée. Un paragraphe spécial est consacré à l'examen ophthalmoscopique appliqué au diagnostic des affections crâniennes.

Les maladies des appareils respiratoire et circulatoire n'occupent au contraire qu'une place restreinte. Le croup est bien étudié dans ses symptômes et dans les indications thérapeutiques qu'il présente. La broncho-pneumonie figure à peine dans ces pages, et nous regrettons également de ne pas voir ici l'adénopathie bronchique, brièvement mentionnée dans la section suivante au milieu des maladies de l'appareil circulatoire. L'auteur du *Compendium* admet la dualité de la phthisie, phthisie par tuberculose, et phthisie issue de pneumonie et de bronchite chronique, et cependant les lésions anatomiques des poumons sont bien décrites. Le traducteur a le soin d'éclairer de notes les termes de percussion et d'auscultation qui ne sont pas exactement les nôtres.

Les maladies de l'appareil digestif forment, à notre avis, un des meilleurs chapitres du livre.

Le premier paragraphe, consacré à l'alimentation des enfants, contient beaucoup de données utiles. Il va de soi que Steiner place au-dessus de tous les autres modes d'alimentation l'allaitement naturel ; mais, forcé d'admettre l'élevage artificiel, il en discute les conditions et en indique les bases. Il recommande de commencer du troisième au cinquième mois à donner au nourrisson un peu de nourriture supplémentaire ; l'allaitement doit être continué jusqu'au neuvième ou dixième mois, mais le sevrage n'aura lieu que si l'enfant est bien portant.

La dentition avait, il nous semble, sa place tout indiquée ici, mais nous ne la trouverons que plus loin, après les stomatites. Puis viendront les maladies du pharynx et de l'œsophage, et, enfin, avant d'aborder l'étude des maladies de l'estomac et des intestins, nous trouverons quelques pages consacrées à l'étude de la digestion et des fèces normales ou pathologiques. Or, bien que toutes ces données soient justes, nous regrettons de les trouver disséminées ainsi, il nous est impossible de ne pas nous reporter par la pensée à tel livre

français où la digestion et l'indigestion, avec leurs conséquences sur tout l'organisme, sont si magistralement exposées.

Dans un tableau synoptique qui ouvre le chapitre, Steiner a présenté tous les caractères qui permettent de distinguer la dyspepsie du catarrhe intestinal, de l'entérite et du choléra infantile. C'est une tentative louable; mais, cliniquement, le diagnostic pourra-t-il, malgré cela, être établi dans la plupart des cas? L'auteur lui-même n'en semble pas très convaincu, puisqu'il nous décrit dans un même chapitre (sans doute parce qu'il considère ces dénominations comme synonymes) le catarrhe gastro-intestinal aigu, la gastro-entérite cholériforme, le choléra nostras, le choléra infantile. Quant à la grande cause de tous ces troubles, c'est le plus souvent dans une alimentation impropre qu'il faut la chercher.

Dans la VIIIe section, nous citerons la scrofule, dont la parenté avec la tuberculose peut être soupçonnée.

Les fièvres éruptives, avec leurs manifestations ordinaires ou malignes et leurs complications, forment les premiers chapitres de la IXe section. Vient ensuite la diphthérie. Steiner distingue nettement la diphthérie du croup et met en regard, dans un tableau comparatif, les principales différences qui existent entre l'inflammation croupale et l'inflammation diphthéritique. Si fondée que puisse être anatomiquement cette distinction, elle ne nous semble pas faciliter la compréhension de la maladie, et cliniquement, nous croyons qu'il est absolument difficile, pour ne rien dire de plus, de distinguer, par exemple, les angines et les laryngites croupales des angines et des laryngites diphthéritiques. On sait que ce n'est pas là la façon de voir adoptée en France, où les maladies à exsudations pseudo-membraneuses sont simplement distinguées en bénignes, graves ou malignes et toxiques, et où le mot *croup* désigne spécialement la *laryngite diphthéritique.*

Un chapitre est consacré à l'infection puerpérale des nouveau-nés, qui comprend « tout processus infectieux déterminé par la réception dans l'économie de l'enfant de certains principes septiques qui, chez la mère, produisent l'affection puerpérale. »

Un dernier chapitre comprend un résumé de la syphilis infantile.

La Xe section est consacrée aux maladies de la peau ainsi divisées: 1° Anomalies des sécrétions; 2° Inflammations; 3° Hypertrophies. (nous trouvons là le sclérème des nouveau-nés); 4° Atrophies; 5° Maladies parasitaires.

Nous avons marché à grands pas à travers ce livre, indiquant som-

mairement les divisions les plus importantes et les chapitres qui nous ont paru mériter le plus d'attention. Ajoutons que le *traitement* est plus développé et plus discuté qu'il n'arrive ordinairement dans les livres classiques; mais nous regrettons que les formules soient renvoyées en masse à la fin du volume et qu'on n'ait pas consacré au moins quelques lignes à la posologie. R. CHENET.

Essai sur l'emploi des moyens antiseptiques pendant la grossesse, l'accouchement et les suites, par Adrien LABESQUE. — Thèse Paris, 1881.

Cet excellent travail renferme le résumé de nos connaissances actuelles sur les moyens prophylactiques dont nous disposons contre les affections puerpérales. Le sujet est divisé en deux parties : dans la première, on traite des soins antiseptiques généraux ; dans la seconde on s'occupe de la femme au point de vue du traitement antiseptique proprement dit, pendant la grossesse, le travail et les suites de couches soit normales, soit pathologiques.

Après cette étude consciencieuse où sont relatées les opinions de tous les médecins qui se sont occupés de la question, l'auteur s'affirme comme un partisan résolu de la méthode antiseptique, à l'appui de laquelle il apporte les statistiques de la Maternité et de l'hôpital Cochin. Enfin, le Dr Labesque présente dans les conclusions suivantes le résumé des idées qu'il a défendues et que nous ne pouvons mieux faire que de reproduire.

1° Les accidents puerpéraux sont causés par des germes septiques; il faut donc pour les combattre se servir d'agents antiseptiques, et celui à qui on doit donner la préférence est l'acide phénique.

2° Tous les objets de literie, les linges de corps, les murs, les planchers devront être lavés à l'eau phéniquée au 50e.

3° Les personnes qui approchent l'accouchée, les médecins et les instruments dont ils se servent devront être, pour ainsi dire antiseptiques.

4° Les toilettes des femmes se feront à l'eau phéniquée au 100e, ou au 40e si on redoute des accidents.

5° Dès l'accouchement, appliquer en permanence des compresses imbibées d'acide phénique au 100e ou au 40e.

6° Quand l'accouchement aura présenté quelque chose d'anormal, faire une injection intra-utérine préventive au 40e ou au 20e, que l'on fera précéder d'une injection d'ergotine, pour faire contracter les vaisseaux et rendre la pénétration de l'injection dans les sinus impossible, et prévenir ainsi tout accident d'intoxication.

7° Quant à ce qui est des irrigations permanentes et du drainage de l'utérus, l'auteur suspend son jugement, vu le petit nombre de as où ce procédé a été employé.

Paul Rodet.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement local des maladies du col pendant la grossesse, par Jacob Price. — Les maladies du col sont très fréquentes pendant la grossesse et ont une grande influence sur la production des vomissements incoercibles. Depuis plusieurs années l'auteur pratique toujours dans ce cas l'examen vaginal et a trouvé de la congestion, de l'inflammation et parfois des ulcérations du col. Un traitement local et général à toujours fait diminuer la rougeur, la tunéfaction et l'écoulement muqueux plus abondant que d'habitude. Le traitement local était celui-ci :

Dans le mélange suivant :

Glycérine........................		30 gr.
Tannin...........................	ãã	3 gr. 50
Acide phénique...................		
Iode.............................		

on imbibe un petit bourdonnet d'ouate avec lequel on touche la portion vaginale du col et quelquefois les parties voisines du canal cervical, puis on introduit un tampon d'ouate imbibée de glycérine qui est maintenu dans le vagin par un autre tampon d'ouate sèche. L'abondance de l'écoulement, déterminé par les propriétés osmotiques de la glycérine, décongestionne les vaisseaux et vient puissamment en aide aux toniques astringents. (*Medical Record New-York*, 28 mai 1881).

Paul Rodet

Traitement des flexions utérines, par Henry Gervis.—Les flexions utérines doivent être divisées en catégories spéciales pour chacune desquelles convient un traitement spécial. L'auteur considère trois classes de rétroflexions :

1° *Rétroflexions dans lesquelles l'utérus petu reprendre sa position normale et conserver cette position à l'aide d'un support convenable.* — Il faut d'abord s'assurer que l'utérus peut reprendre sa position normale, puis soumettre la malade à un traitement préliminaire. D'abord vider le rectum, puis faire disparaître la congestion possible de l'utérus et du vagin à l'aide du repos, des irrigations tièdes, salines, et même quelquefois par une application de sangsues.

Le traitement mécanique comprend diverses méthodes : pression sur le fond de l'utérus par le rectum ou le vagin, — modifications de posture que l'on fait prendre à la patiente, — méthode à l'aide de la sonde. L'auteur recommande de combiner la pression digitale sur le fond de l'utérus avec l'emploi de la sonde. Quand la matrice est revenue à sa position normale on applique un pessaire de Hodge dont la partie antérieure carrée vient se placer derrière la symphyse du pubis à laquelle elle est parallèle. L'utérus étant ainsi redressé, et maintenu en place, il s'agit de fortifier son tissu de façon à ce qu'il puisse conserver sa nouvelle position sans le secours d'un support ; on arrive à ce but à l'aide d'un traitement tonique local et général. De temps en temps on s'assurera que l'utérus conserve sa position correcte, on enlèvera le pessaire pour le nettoyer et le remettre ensuite en place. Enfin, après un temps de trois à douze mois on le retirera complètement et on ne le remplacera plus que lorsqu'on sera sûr que le fond de l'utérus ne reprendra pas sa position vicieuse

2° *Rétroflexions dans lesquelles l'utérus peut reprendre sa position normale, mais ne peut pas la conserver sans l'aide d'un support.* — Le traitement préliminaire est le même, mais le traitement consécutif varie relativement à la fréquence avec laquelle le redressement est effectué, et le pronostic varie selon l'état du tissu au siège même de la flexion et selon l'amélioration obtenue par le traitement. Dans la catégorie précédente la sonde n'avait plus besoin d'être employée, une fois le redressement effectué, si l'on constatait par l'examen digital que la position était bonne; mais dans la classe qui nous occupe l'usage régulier de la sonde fait partie intégrante du traitement. Au moins une fois par mois l'utérus doit être redressé et on doit essayer d'adapter un pessaire de Hodge. On recommandera à la malade la position incli-

née et la tonicité de l'utérus devra être l'objet d'un traitement interne et externe.

3° *Rétroflexions incapables de redressement soit par suite d'adhérence, soit par suite d'une lésion permanente du tissu utérin au niveau du siège même de la flexion.* — Il faut chercher à faire disparaître les adhérences et si l'on n'y arrive pas on fera usage de pessaire. Si les désordres menstruels sont graves, on maintiendra la perméabilité du canal à l'aide de bougies et, enfin, dans quelques cas il faudra poser la la question de la division bilatérale du col.

L'antéflexion ne se prête pas aux mêmes divisions que la rétroflexion. Elle est très souvent congénitale et il et très difficile d'y remédier en raison de l'étroitesse du cul-de-sac antérieur. Cependant les pessaires qui rendent le plus de services sont celui de Hewitt et celui de Thomas. Le point important étant de conserver la perméabilité du canal utérin, on se servira de bougies dont on augmentera progressivement le calibre jusqu'au n° 12 et qu'on laissera en place pendant environ dix minutes.

Nota. — Depuis la publication de ce travail le pessaire de Hodge vient d'être modifié par MM. Walters, of Palace Rood, Lambeth; et il est préférable, d'après le D[r] Gervis, d'employer ce nouveau pessaire. (*British. med. Journal*, 25 juin 1881, p. 996.) Paul RODET.

Hydrocèle chez la femme, par William C. WILE.— Cette affection est très rare, inconnue des médecins et à peine mentionnée par quelques gynécologistes. Le D[r] Wile en rapporte deux observations extrêmement intéressantes qui, jointes aux documents qu'il a pu recueillir, permettent d'en tracer les caractères.

La cause en est obscure. Le travail de l'accouchement paraît avoir une influence sur sa production et dans trois cas elle est survenue peu de temps après les couches. On l'observe chez les femmes dont le canal de Nuck est resté permanent, et elle est le fait d'une hypersécrétion de cette séreuse. Le diagnostic n'est pas difficile dans la variété extra-péritonéale. Caractère diaphane de la tumeur, absence de douleur, développement lent, tumeur ne remontant pas dans l'abdomen, soit par le taxis, soit par le décubitus dorsal; sensation particulière de fluctuation, pas de résonnance à la percussion, pas de retentissement sur la constitution du sujet; tout contribue à rendre le

diagnostic facile; la seule affection qui pourrait prêter à la confusion est la hernie. S'il y avait quelque doute, une ponction exploratrice le dissiperait promptement. Le traitement consiste à évacuer le liquide par l'aspiration et à injecter de la teinture d'iode dans la cavité de l'hydrocèle; ce procédé vaut mieux que l'incision et le drainage de la tumeur. (*American Journal of obstetrics*, juillet 1881, p. 584.)

Paul Rodet

Lacération du col comparée à sa division interne complète, par Virgil O. Hardon. — Dans une première partie de son travail, l'auteur étudie les diverses conditions qui produisent la lacération du col, les cas où celle-ci est sans inconvénient pour la femme, et ceux où elle a, au contraire, des conséquences fâcheuses, telles que métrite chronique et un certain degré de pelvi-péritonite.

Dans une seconde partie, il s'agit de la division chirurgicale du col, faite dans le but de soulager une dysménorrhée mécanique, opération que l'auteur recommande; il cite à l'appui de cette opinion dix cas dont le résultat a été favorable. Enfin il termine par un tableau comparatif des deux traumatismes du col qu'il a voulu mettre en parallèle, et où sont brièvement rassemblés les points qu'il a cherché à élucider. On peut les résumer dans les propositions suivantes :

I. — La lacération du col à la suite de l'accouchement se produit sur un utérus dont le tissu est en état de dégénérescence graisseuse; aussi n'a-t-il aucune tendance à la cicatrisation.

La division du col est pratiquée sur un utérus dont le tissu est dans un état absolument normal et présente une tendance presque insurmontable à la cicatrisation.

II. — La lacération à la suite de l'accouchement entrave une fonction physiologique de l'utérus, à savoir le processus d'involution.

La division du col n'entrave aucune fonction de l'utérus, au contraire elle facilite l'accomplissement d'une de ses fonctions les plus importantes.

III. — La lacération à la suite de l'accouchement survient quand le poids de l'utérus est assez considérable, qu'il presse les lèvres du col divisées latéralement contre la paroi postérieure du vagin, et les fait écarter de chaque côté, empêchant ainsi leur cicatrisation.

La division du col s'accomplit quand le poids de l'utérus est normal,

aussi les surfaces divisées restent-elles en contact et cicatrisent-elles à volonté.

IV. — L'observation clinique montre que la lacération à la suite de l'accouchement s'accompagne pendant longtemps de phénomènes douloureux.

Les faits cliniques montrent que la division du col ne cause aucune douleur, si elle est faite convenablement, et qu'au contraire elle guérit, d'une façon complète et permanente, une affection très douloureuse et très persistante. (*American Journal of obstetrics*, juillet 1881, p. 553.)

Paul Rodet.

Cas d'éventration complète intra-utérine du fœtus compliquant le travail, par Horace M. Brown. — Le 15 novembre 1880, le Dr Brown est appelé près d'une femme de 22 ans, primipare, qu'il trouve à la seconde période du travail.

Au toucher il sentait une masse molle, semblable au tissu placentaire, placée avec l'épaule de l'enfant au détroit supérieur. Au bout d'une heure nouvel examen qui fit constater que l'épaule occupait la même position, mais dans le vagin on avait la sensation d'anses intestinales, accompagnées d'une tumeur de la grosseur du poing. Les douleurs étaient très fréquentes et extraordinairement violentes; le pouls n'indiquait rien de grave. Au bout de peu de temps, revenant dans la chambre à accoucher et introduisant sa main sous les couvertures, il sentit une masse de matières qui sortaient de la vulve et qu'à l'inspection il reconnut être le foie, la rate, les reins et les intestins de l'enfant. Une traction exercée sur cet masse permit la sortie facile d'un enfant mâle dont le corps était recourbé en arrière, au point que l'occiput reposait sur les fesses; le placenta sortit immédiatement. La femme eut de bonnes suites de couches.

Les parois abdominales de l'enfant, au lieu de se rejoindre sur la ligne médiane, se réfléchissaient sur elles-mêmes et s'attachaient à la paroi abdominale postérieure de chaque côté de la colonne vertébrale en face des corps des troisième, quatrième et cinquième vertèbres lombaires; de là elles se réfléchissaient en haut sur la face inférieure du diaphragme et s'unissaient à l'extrémité inférieure du sternum; en bas elles se rejoignaient et passaient en avant sur la face supérieure de la vessie jusqu'au pubis. Tous les viscères abdominaux

étaient sortis, excepté la vessie et la partie inférieure des urèthres, qui passaient avec les artères hypogastriques à travers une ouverture située de chaque côté de la colonne vertébrale, entre la réflexion des parois abdominales en haut, les psoas latéralement et le corps de la cinquième lombaire en dedans. La veine ombilicale pénétrait directement dans le foie et était rejointe par les artères hypogastriques vis-à-vis le point de réunion des canaux cystique et hépatique.

L'enfant avait atteint environ le huitième mois de son développement.

Cette observation est aussi curieuse que rare, car l'auteur n'a pu en trouver qu'un cas semblable rapporté dans « *Obstetrical Journal of Great Britain and Ireland*, octobre 1880, par le professeur Athill. (*American Journal of obstetrics*, juillet 1881, p. 551.)

Paul RODET.

Guérison de la stérilité due à l'antéflexion de l'utérus gravide, par le Dr RICHTER. — L'antéflexion est une des grandes causes de la stérilité. Le pessaire intra-utérin est un mauvais moyen de traitement, à cause des douleurs qu'il provoque, des menaces de péritonite dont il est la cause ; de plus les malades sont obligées de garder le lit, comme après une grande opération.

Enfin à la longue, il se produit une altération de l'utérus qui est loin de favoriser la fécondation.

L'auteur propose une autre méthode, il introduit une sonde dans la cavité utérine, puis il la fait tourner suivant son axe, de manière à ce que sa convexité soit tournée du côté du pubis ; si l'utérus a contracté des adhérences avec les organes voisins, il les brise ; s'il n'y a pas d'adhérences, il produit facilement la « *dislocation* » de l'utérus. Après avoir fait exécuter à la sonde utérine le mouvement de rotation suivant son axe, il laisse l'instrument en place pendant quelques minutes.

D'abord il exécute cette manœuvre une fois par semaine; ensuite deux fois par semaine.

Sur cinq femmes qu'il a opérées ainsi, l'auteur n'a jamais observé d'accidents ; et il a vu les règles qui, jusqu'au moment de l'opération étaient pénibles, se faire ensuite sans douleurs.

Dans un cas la matrice présentait encore après l'opération une antéversion légère ; dans les autres cas elle était droite ou même dans une légère rétroversion.

Toutes les cinq femmes sont devenues enceintes. (*Centralblatt für gynækologie*, p. 73. 1881.)

Paul Bar.

De la castration chez la femme, par le Dr Spiegelberg. — Au moment où l'ovariotomie normale est encore l'objet des controverses de la part d'un grand nombre de gynécologistes, un grand nombre de chirurgiens allemands ont déjà accepté cette opération. Voici les indications posées par Spiegelberg.

L'auteur considère l'opération de l'extraction des deux ovaires indiquée :

1° Quand les deux ovaires sont malades et qu'ils causent des troubles graves qui ne peuvent pas être différemment conjurés, et qui deviennent intolérables ;

2° Quand cette opération doit débarrasser la malade d'une dysménorrhée ou d'une aménorrhée graves, on peut également enlever les deux ovaires quoique parfaitement sains. L'auteur admet que la mortalité provenant de cette opération est élevée, et cite Hegar, qui, dans une note dans le *Centralblatt für gynækologie* (p. 83), donne une statistique établissant une mortalité de 32 pour 100 dans 47 cas réunis. Sur 42 personnes opérées par Hegar lui-même, 7 moururent, soit une mortalité de 15 pour 100. (*London med. Record*, 1880, p. 11.)

A Lutaud.

Traitement des vomissements opiniâtres dans la grossesse, par le Dr Welponer. — L'auteur rapporte que, d'après la recommandation du Dr Braun Jerwald qui a plusieurs fois trouvé ce procédé utile dans la pratique particulière, il a obtenu d'excellents résultats dans trois cas de vomissements opiniâtres dans l'état de grossesse, lesquels avaient résisté à tous les autres remèdes, par l'application d'une solution de nitrate d'argent (à 10 p. 100) à la partie vaginale du col de l'utérus. Il maintient en contact la solution pendant cinq minutes et essuie ensuite les parties avec de la ouate, l'application demande

à être répétée plusieurs fois dans l'intervalle de deux ou trois jours ; le succès a été remarquable. (*Medical Times and Gazette*, 7 août 1880.)

Dr A. LUTAUD.

VARIÉTÉS

Clinique d'accouchements, 89, rue d'Assas. — M. Budin, professeur agrégé suppléant M. Depaul, a commencé des conférences cliniques le mercredi 7 septembre, à 9 heures, il les continue les samedis et mercredis suivants.

Cours d'accouchements. — M. le Dr Ribemont, chef de clinique d'accouchements, recommencera son cours dans les premiers jours de septembre. Ce cours comprendra quatre parties : 1° grossesse normale et pathologique ; 2° accouchements ; 3° opérations et dystocie ; 4° exercices cliniques et opérations. S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire, 73, boulevard Saint-Michel.

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

Traité pratique des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes (2e *partie*), par le professeur COURTY, de Montpellier. — 1 vol. grand in-8°, cartonné. Prix : 25 fr. — Chez Asselin, éditeur.

Suppression de l'industrie nourricière, par M. Edmond AMETTE. — Une brochure in-8° ; prix : 1 fr. — Chez Asselin, éditeur.

Le gérant : A. LEBLOND

PARIS. — TYPOGRAPHIE A. PARENT
A. DAVY, Successr, imp. de la Fac. de méd., r. M.-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Octobre 1881.

TRAVAUX ORIGINAUX

SUR LA STRUCTURE ET LA SIGNIFICATION PATHOLOGIQUE DES ULCÉRATIONS DU COL UTÉRIN.

Par M. le Dr Guillaume Fischel.

Assistant de la clinique d'accouchements de M. le professeur Breisky, à Prague.

Depuis qu'au commencement de notre siècle Récamier a de nouveau introduit l'emploi du spéculum dans la pratique gynécologique, les rougeurs si fréquentes du col utérin sont restées un objet d'études continuelles pour les médecins.

On connaît bien l'histoire des diverses opinions soutenues par les médecins sur la signification locale et générale de ces

affections que Ruge et Veit ont brièvement étudiées dans un important mémoire (1).

Lisfranc, C. Mayer, Roser, Tyler Smith, Emmet, Ruge et Veit sont les auteurs qui ont le plus contribué au développement de nos connaissances sur cette matière.

Lisfranc (2) décrit des rougeurs sur le col utérin des femmes souffrant de leucorrhée. Ces rougeurs se transformeraient en excoriations et en ulcérations, exactement comme dans l'épiphora, l'écoulement des larmes produit des rougeurs et des excoriations sur la peau des joues. «Par suite de la destruction de l'épithélium, le corps reticulé est dénudé, induré et prend un aspect chagriné. Quelquefois la surface de l'ulcère est criblée de fentes ou revêtue de petites saillies coniques. Ces dernières peuvent grandir jusqu'au point de devenir des bourgeons charnus très développés. Ces ulcères siègent généralement sur la face externe du col de l'utérus, et seulement dans quelques cas exceptionnels sur sa face interne. »

C. Mayer (3) a esquissé une classification des excoriations et des ulcérations du col utérin qui a été généralement adoptée en Allemagne. D'après cet auteur, les différents stades du développement de l'érosion sont l'hyperhémie, l'inflammation, la desquamation épithéliale et le ramollissement de la muqueuse. Mayer pense que l'érosion est la cause, mais non la conséquence de la leucorrhée, et il combat l'opinion des médecins qui considèrent ces rougeurs comme des ulcérations, attendu que les anatomo-pathologistes trouvent très rarement des ulcérations vraies sur les lèvres de la matrice. Lisfranc, s'appuyant sur les recherches anatomiques qu'il avait faites pendant une épidémie de choléra, avait déjà signalé ce fait curieux.

D'après Mayer, sur ces surfaces rouges, saignant facilement,

---

(1) C. Ruge et Veit. *Zur Pathologie der Vaginalportion.* (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie*, II, p. 415.)

(2) *Leçons sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'utérus.*

(3) *Vortrag über Erosionen, Excoriationen u. Geschwürsformen der Schleimhaut des Cervicalcanals und der Muttermundslippen.* Berlin, 1861.

et produisant une grande quantité de mucus, la muqueuse a perdu seulement son épithélium pavimenteux. Enfin cet auteur a noté, avec beaucoup de justesse, cette particularité, que ces surfaces malades siègent, dans la majorité des cas, dans le canal cervical, qui s'entr'ouvre quand on applique un spéculum cylindrique, les excoriations de la face externe du museau de tanche étant beaucoup plus rares.

Mayer décrit les variétés suivantes d'érosions :

1° Erosions et excoriations simples siégeant *sur les lèvres du museau de tanche* chez des jeunes filles ou des femmes ;

2° *Gonflement et érosion de la muqueuse du canal cervical*, consécutifs à de l'endométrite chronique;

3° *Excoriations folliculaires et ulcérations de la muqueuse du canal cervical;*

4° *Erosions papillaires et excoriations siégeant sur les lèvres du col et dans le canal cervical.*

Roser (1) n'accepte point l'opinion de Lisfranc sur la nature des granulations; il ne voit dans ces dernières que la muqueuse du canal cervical qui, gonflée, vient faire ectropion à travers l'orifice externe du col, opinion qui avait été déjà soutenue en Angleterre par Tyler Smith dans un mémoire sur la pathologie et le traitement de la leucorrhée (2).

Emmet (3) crut pouvoir démontrer que le renversement de la muqueuse du col utérin est causé par les déchirures latérales du col qui se font si fréquemment pendant l'accouchement.

Ruge et Veit (*loc. cit.*) ont donné une description exacte du processus histologique des ulcérations; et, se fondant sur elle, ils ont admis que les érosions étaient dues à un *processus tout particulier* qui pouvait se combiner avec l'ectropion dû à une lacération du col.

D'après eux, la lésion se développerait, dans la majorité des cas, sur la face externe des lèvres du col, qui à l'état sain est

(1) *Das Ectropium am Muttermunde. (Archiv. f. Heilkunde,* 1861.)

(2) *Med. chir. transactions*, vol. 35, p. 399, pl. IX.

(3) *Laceration of the cervix uteri*, (*Ann. Journal of obstetrics*, nov. 1874)

revêtue d'un épithélium pavimenteux stratifié; plus rarement elle débuterait sur la face interne du canal cervical, dont l'épithélium cylindrique se serait préalablement transformé en un épithélium pavimenteux stratifié; enfin, dans des cas très exceptionnels, elle siégerait sur la muqueuse cervicale revêtue d'un épithélium cylindrique comme à l'état normal.

Ce processus se caractériserait, d'après ces auteurs, par une transformation en cellules cylindriques des cellules du réseau de Malpighi. Ces cellules cylindriques enverraient des prolongements d'abord solides, puis creux qui s'enfonceraient dans la muqueuse. Il se produirait ainsi des néoformations glandulaires, donnant à la muqueuse un aspect crevassé, et produisant du mucus.

Dans un mémoire (1) qui a paru en 1879, j'ai montré que l'on trouve sur le museau de tanche des points rouges qui rentrent dans la première variété de C. Mayer (voy. ci-dessus : érosions simples sur la face externe du col). Leur examen histologique m'a montré qu'en ces points la muqueuse est gonflée et gorgée d'éléments embryonnaires; son revêtement épithélial va s'amincissant peu à peu en allant des parties périphériques vers les parties centrales, où il est complètement rompu.

Toutes les autres ulcérations du col que j'ai examinées correspondaient à la deuxième, troisième et quatrième variétés de C. Mayer. Elles avaient la structure indiquée par Ruge et Veit. Mais j'ai dû modifier sur quelques points essentiels la description donnée par ces derniers auteurs.

Je fus frappé de la ressemblance qui existe entre la structure de ces érosions et celle de la muqueuse normale du col, qui est seulement plus pâle et moins riche en éléments embryonnaires. Me basant sur cette découverte, j'esquissai une description histogénique qui pût expliquer la formation des érosions situées sur la face interne du canal cervical, et de celles qui siégeaient sur les lèvres du museau de tanche, lèvres qui, d'après l'opi-

(1) *Ein Beitrag zur Histologie der Erosionen der Portio vag. uteri.* (*Archiv. f. Gynækologie*, XV.)

nion générale sont revêtues à l'état normal d'une muqueuse privée de glandes et tapissée par un épithélium pavimenteux stratifié.

Ruge essaya de réfuter mon opinion. D'après lui (1), la ressemblance es préparations des érosions avec celles de la muqueuse cervicale n'existerait que pour un œil peu exercé. L'érosion, ajoute-t-il, se forme toujours aux dépens de l'épithélium pavimenteux, et ne doit nullement être considérée comme un produit accessoire de l'inflammation blennorrhagique de la muqueuse du col utérin.

Dans un mémoire plus récent (2), j'ai communiqué quelques observations sur les variations morphologiques que l'on observe dans la structure des lèvres utérines chez les nouveau-nées et sur le nouveau moyen d'expliquer la formation des érosions des deuxième, troisième et quatrième catégories de C. Mayer, même quand elles siègent sur la face externe du museau de tanche. J'ai eu en effet le bonheur de constater que chez les nouveau-nés la muqueuse du canal cervical s'étend maintes fois sur la face externe du museau de tanche en conservant tous ses caractères, son épithélium cylindrique, ses papilles et ses glandes. Ruge a refusé d'accepter cette manière de voir, en disant que, puisque je n'avais trouvé ces modifications que dans 36 0/0 de mes examens chez les nouveau-nées, il en résulterait que 64 0/0 des femmes ne pourraient jamais être atteintes d'érosions du col.

Etant convaincu de l'exactitude de mes observations et de la justesse de mon opinion, j'ai tâché de faire de nouvelles observations cliniques, anotomo-pathologiques et histologiques, qui pussent les confirmer. Je vais, en m'appuyant sur elles, esquisser la description clinique et histologique des ulcérations du col de la matrice, compliquant la métrite chronique. Je ne

---

(1) *Die Erosion und das Ectropium.* (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie*, V, p. 248.)

(2) *Beitrage zur Morphologie der Portio vag. uteri* (*Archiv. f. Gynækologie* XVI.)

ferai tout d'abord aucune allusion aux cas qui peuvent rentrer dans la première catégorie de la classification de C. Mayer; je ne parlerai de ces dernières qu'à la fin de ce mémoire.

I

En regardant chez un grand nombre de femmes le col utérin au moyen d'un spéculum, nous le trouvons chez quelques-unes (si loin que nous puissions voir dans l'intérieur du canal cervical), revêtu d'une muqueuse lisse, reflétante, colorée en rouge pâle ou un peu violacée (lie de vin).

Sa surface est recouverte par un épithélium pavimenteux stratifié. Telles sont les conditions normales, quoiqu'elles ne semblent pas être très fréquentes.

Chez les autres femmes nous observons, au contraire, que cet aspect normal est interrompu à quelque distance de l'orifice externe. En ces points on a un autre aspect offrant quelques variétés.

C'est une surface quelquefois rosée, quelquefois rouge foncé, siégeant au pourtour de la circonférence de l'orifice externe et souvent aussi dans l'intérieur du canal cervical.

Quelquefois elle est inégale et bosselée soit par de petites éminences sphériques, soit par des crêtes disposées régulièrement ou irrégulièrement et présentant souvent de petites excroissances secondaires; quelquefois elle est moins inégale, n'a que des sillons peu profonds, qui ne sont pas sentis au toucher; parfois elle est si gorgée de sang que la moindre irritation mécanique produit une hémorrhagie abondante; en d'autres cas, on peut la frotter fortement sans qu'une goutte de sang ne s'écoule.

Ces surfaces si différentes ont néanmoins quelque chose de commun : c'est qu'elles ne sont pas revêtues par un épithélium pavimenteux lisse, brillant; en les examinant nous voyons que sur leurs bords l'épithélium pavimenteux disparaît.

Nos prédécesseurs, et spécialement Lisfranc, ont déjà juste-

ment reconnu à l'œil nu que ces surfaces n'avaient pas d'épithélium pavimenteux. Mais ils se sont trompés en supposant qu'elles n'avaient aucun revêtement épithélial, et que le corps papillaire de la muqueuse était complètement dénudé. C'est pourquoi ils désignaient ces surfaces inégales et rouges du nom d'érosions, d'excoriations et comparaient leurs petites saillies avec les bourgeons charnus, les granulations. Ruge et Veit ont démontré avec raison que cette opinion est fausse.

Toutes ces surfaces sont couvertes d'un épithélium à cellules cylindriques.

En regardant une ulcération du col utérin, *nous reconnaissons à l'œil nu le point où se succèdent l'épithelium pavimenteux et celui à cellules cylindriques.*

J'ai tâché de m'assurer de la nature de ces points rouges et couverts d'un épithélium à cellules cylindriques par un examen attentif chez des femmes enceintes ou en état puerpéral. Ces malades sont le plus souvent atteintes d'ulcérations du col utérin qui, selon l'opinion de tous les gynécologistes, ne diffèrent en rien de celles que l'on observe chez les femmes souffrant de métrite; il est incontestable du reste que la plupart de ces dernières font remonter l'origine de leur maladie à un accouchemement antérieur.

Supposant donc que ces affections pouvaient être identiques, j'examinai le siège de ces ulcérations, les différences de leur aspect, et enfin les rapports qui pouvaient exister entre elles et l'ectropion dû à des lacérations latérales du col. Je me suis exclusivement servi pour cet examen d'un spéculum de Fergusson très large, et du toucher vaginal.

Dans la description qui va suivre, j'éviterai soigneusement de me servir du mot « *orifice externe* » pour désigner le siège de l'ulcération, parce que ce mot n'indique pas avec assez de précision les limites du canal cervical et de la face vaginale du museau de tanche. En effet, la plupart des médecins donnent le nom d'orifice externe au point central et obscur que l'on voit sur le col utérin quand on se sert d'un spéculum. Or, comme nous le savons à présent, cette région est le plus souvent une

portion du canal cervical. En examinant un grand nombre de coupes du col utérin, faites suivant un plan vertical et dans le sens antéro-postérieur, nous voyons que chaque lèvre présente une figure rectangulaire ou triangulaire, de sorte qu'elle offre dans le premier cas trois faces avec deux bords entre elles, dans le second, deux faces séparées par un seul bord.

Ces faces peuvent être nommées sur une lèvre rectangulaire : 1° face vaginale, 2° inférieure et 3° cervicale. Si nous faisons usage de ces termes, qui sont beaucoup plus précis que celui d'orifice externe, nous pouvons déterminer plus exactement l'étendue et le siège des différentes affections du col utérin, soit que nous les observions au moyen du spéculum, soit à l'œil nu sur les préparations anatomiques. En me servant de ces termes et en m'appliquant à les employer justement, j'examinai quelques centaines de femmes enceintes et accouchées pour constater exactement l'état de leur col utérin.

Je vais exposer ici seulement le résultat des examens qui ont été minutieusement enregistrés, et dont le nombre dépasse une centaine de cas.

Touchant la fréquence des ulcérations de la matrice chez les femmes enceintes, j'ai trouvé :

Chez 15 femmes arrivées aux derniers mois de leur première grossesse :

Les deux lèvres de la matrice ulcérées.	5 fois.
La lèvre postérieure seule ulcérée	7 —
Aucune lèvre ulcérée..............	3 —

Chez 12 femmes multipares arrivées à la fin de leur grossesse, j'ai trouvé :

Les deux lèvres ulcérées	7 fois.
La lèvre postérieure seule ulcérée	2 —
Aucune lèvre ulcérée..............	3 —

Si faibles que soient ces nombres, ils représentent presque exactement la fréquence relative de ces accidents ; je puis l'assurer, après avoir examiné quelques centaines de femmes grosses.

Ils sont aussi à peu près identiques avec les chiffres que d'autres auteurs, s'occupant de cette question, ont trouvés :

Lieven (1) a trouvé sur	40	femmes primipares	31	=	78 0/0.
Nieberding (2) —	38	— —	20	=	74 0/0.
Moi, j'ai —	15	— —	12	=	80 0/0.

qui étaient atteintes d'ulcérations du col.

Quant au fait curieux, signalé déjà par Lisfranc, que ces ulcères ont une prédilection pour la lèvre postérieure, il est également exact pour les femmes enceintes.

Lieven a trouvé que l'ulcération siégeait :

Sur la lèvre antérieure...	3 fois.
— postérieure..	19 —
Sur les deux lèvres	59 —

Nieberding :

Sur la lèvre antérieure...	2 fois.
— postérieure..	13 —
Sur les deux lèvres	36 —

J'ai trouvé :

Sur la lèvre antérieure ...	0 fois.
— postérieure..	8 —
Sur les deux lèvres......	12 —

Lieven a entrepris d'expliquer ce fait par le frottement auquel doit être soumise la lèvre postérieure du col de la matrice contre la paroi postérieure du vagin.

Nieberding, après avoir réfuté cette interprétation, avance l'opinion qu'à l'aide du spéculum plein, on voit plutôt la face cervicale de la lèvre postérieure que celle de la lèvre antérieure, parce que le col utérin se trouve en antéversion.

J'accepte cette explication, mais je ferai plus tard une observation qui montrera qu'il y a encore une autre raison plus importante pour expliquer cette prédilection.

(1) *Ein Beitrage zur Ætiologie der Geschwüre der Vaginalportion.* (*Würzburger mediz. Zeitschrift*, V. 1864.)

(2) *Uber Ectropium und Risse am Halse der schwangeren und puerperalen Gebærmutter.* Wuerzburg, 1879.

L'ectropion par lacération latérale n'est pas aussi fréquent que les ulcérations.

Chez les primipares nous ne l'avons jamais trouvé; chez les multipares nous l'avons vu seulement une fois sur les deux lèvres dont les faces cervicales reposaient sur la paroi postérieure du vagin.

Nous avons vu deux fois chez les femmes multipares l'ectropion isolé de la lèvre antérieure, et sept fois il n'existait point d'ectropion chez elles, bien que le col utérin fût lacéré dans tous ces cas.

Je vais examiner maintenant le point où se trouvait, chez les 27 femmes enceintes, la limite entre la surface lisse revêtue d'épithélium stratifié et la surface inégale et revêtue d'un épithélium à cellules cylindriques, c'est-à-dire ulcérée.

Je puis donner, après avoir fait de soigneuses recherches constatées au toucher et au spéculum, les conclusions suivantes :

Chez les 3 femmes primipares n'ayant pas d'ulcération la limite entre l'épithélium du canal cervical et celui du museau de tanche, ne fut pas découverte par le toucher, parce que l'orifice externe était trop étroit pour laisser passer le doigt. Sans doute elle se trouvait sur la face cervicale au-dessus de l'orifice externe, à une distance qu'il était impossible de déterminer.

Chez les 3 femmes multipares qui n'avaient pas d'ulcération, le doigt, pénétrant dans l'orifice externe du col, découvrait la limite épithéliale sur la surface du canal cervical, à une distance s'élevant de 6 à 20 millimètres au-dessus du bord inférieur de la face cervicale.

Chez les 7 femmes primipares n'ayant d'ulcérée que la lèvre postérieure, la limite épithéliale était toujours : pour la lèvre antérieure, sur la surface du canal cervical; pour la lèvre postérieure, 5 fois au bord inférieur du canal cervical, 1 fois sur la face inférieure, et 1 fois sur la face vaginale du museau de tanche.

Chez les 2 femmes multipares n'ayant d'ulcérée que la lè-

vre postérieure, la limite épithéliale se trouvait sur les deux lèvres, exactement au bord inférieur de la face cervicale.

Chez les 5 femmes primipares ayant les deux lèvres de la matrice ulcérées, la limite épithéliale se trouvait 3 fois au bord inférieur de la surface cervicale; 1 fois elle n'existait à ce niveau que pour la lèvre antérieure, tandis que pour la lèvre postérieure elle siégeait sur la face inférieure; 1 fois elle s'étendait tout autour du col utérin sur la face vaginale.

Chez les 7 femmes multipares ayant des ulcérations du col utérin sur les deux lèvres, la limite épithéliale n'existait qu'une seule fois au bord inférieur de la face cervicale; 6 fois elle était au-dessus de ce bord, sur la face cervicale.

En résumé, nous pouvons constater que chez ces 27 femmes enceintes la limite épithéliale se trouvait :

1° En dedans du canal cervical, par conséquent l'épithélium parvimenteux pénétrait dans l'intérieur de ce canal :

Sur la lèvre antérieure...	19	fois.
— postérieure..	12	—

2° Que cette limite se trouvait exactement au bord inférieur de la face cervicale :

Sur la lèvre antérieure...	7	fois.
— postérieure..	11	—

3° Qu'elle se trouvait sur la face inférieure :

A la lèvre antérieure.....	0	fois.
— postérieure....	2	—

4° Qu'elle se trouvait sur la face vaginale :

A la lèvre antérieure.....	1	fois.
— postérieure....	2	—

Je répète ici que, si petits que soient ces nombres, ils représentent presque exactement la fréquence relative de ces diverses dispositions. Ils peuvent donc venir à l'appui de notre thèse que sur la lèvre antérieure, l'épithélium pavimenteux monte plus haut que sur la lèvre postérieure.

Je crois pouvoir dire *que les ulcérations semblent siéger avec prédilection sur la lèvre postérieure parce que la limite épithé-*

liale siège plus bas sur la lèvre postérieure du col utérin que sur la lèvre antérieure.

De ce résumé il résulte que, chez les 27 femmes observées, 33 lèvres de la matrice étaient atteintes d'ulcérations qui 28 fois étaient placées exclusivement sur la face cervicale, soit 83 0/0 de tous les cas.

Ce résumé nous apprend aussi que la limite épithéliale se trouvait chez les 15 femmes primipares :

Sur la face cervicale	13	fois.
Sur le bord inférieur de la face cervicale.	12	—
Sur la face inférieure	2	—
Sur la face vaginale	3	—

Chez les douze femmes multipares, cette limite se trouvait :

Sur la face cervicale	18	fois.
Sur le bord inférieur de la face cervicale.	6	—

Ces chiffres indiquent clairement que la limite épithéliale s'élève dans le canal cervical après le premier accouchement, et que, chez les femmes multipares, les ulcérations du col utérin siègent exclusivement sur la face cervicale, tandis que chez les primipares elles ne s'y trouvent que dans 84 0/0 des cas, et seulement dans 16 0/0 des cas sur la face inférieure ou vaginale du col utérin.

Ce n'est que par suite de cette élévation de la limite épithéliale que la fréquence des ulcérations n'augmente pas chez les multipares, bien que l'orifice externe du col utérin soit plus béant chez elles que chez les femmes primipares.

Dans nos observations cette fréquence était même moindre chez les multipares (soit 75 0/0 des cas), que chez les primipares (80 0/0 des cas) (1).

Analysons à présent le résultat de nos observations chez les femmes accouchées.

---

(1) Il ne me semble pas nécessaire de mentionner que les conditions des femmes à la fin de leur première grossesse ne sont pas identiques à celles des femmes nullipares et non enceintes.

Parmi 35 femmes primipares 3 n'étaient point atteintes d'ulcération du col; si loin que l'œil pût pénétrer dans le canal cervical béant, il ne découvrait que des surfaces couvertes d'épithélium pavimenteux.

Chez deux autres femmes ce ne fut qu'en appliquant le plus large spéculum et en le pressant très énergiquement contre le cul-de-sac vaginal qu'on put reconnaître une étroite ligne ulcérée.

Parmi 52 femmes multipares 6 fois il n'y avait point d'ulcération, et une fois elle ne fut découverte qu'à l'aide de l'application énergique du plus large spéculum.

Chez 30 femmes primipares des ulcérations furent visibles :

10 fois sur la lèvre antérieure et 20 fois sur toutes les deux lèvres du col de la matrice.

Chez 45 femmes multipares des ulcérations furent visibles :

6 fois sur la lèvre antérieure, 2 fois sur la lèvre postérieure (un cas de rétroflexion), 37 fois sur toutes les deux lèvres.

Quand nous rangeons nos observations selon la hauteur de la limite épithéliale, soigneusement vérifiée au toucher et au spéculum, nous trouvons que :

1° La limite épithéliale est située sur les deux lèvres à l'intérieur du canal cervical :

Chez les I. p., 13 fois, chez les multipares, 17 fois.

2° Elle est située sur les deux lèvres au bord inférieur de la surface cervicale :

Chez les I. p., 7 fois, chez les multipares, 20 fois.

3° Elle est située sur les deux lèvres au-dessous de ce bord, soit sur la surface inférieure soit sur la surface vaginale :

Chez les I. p., 1 fois, chez les multipares, 2 fois.

4° Elle est située sur la lèvre antérieure en dedans du canal cervical et sur la lèvre postérieure :

a. — Au bord inférieur de la face cervicale :

Chez les I. p., 7 fois, chez les multipares, 3 fois.

b. — Sur la face inférieure :

Chez les I. p., 0 fois, chez les multipares, 4 fois.

5° Elle est située sur la lèvre antérieure au bord inférieur de la face cervicale et à la lèvre postérieure :

a. — En dedans du canal cervical :

Chez les I. p., 0 fois, chez les multipares, 4 fois.

b. — Sur la face inférieure :

Chez les I. p., 1 fois, chez les multipares, 5 fois.

6° Elle est située sur la lèvre antérieure sur le bord séparant la face inférieure de la face vaginale et à la lèvre postérieure :

a. — En dedans du canal cervical :

Chez les I. p., 2 fois, chez les multipares, 0 fois.

b. — Au bord inférieur de la face cervicale :

Chez les I. p., 3 fois, chez les multipares, 1 fois.

Dans ces 86 cas la limite épithéliale du col utérin ne fut donc observée sur la face inférieure ou vaginale que 19 fois, c'est-à-dire :

3 fois sur toutes les deux lèvres;

6 fois sur la lèvre antérieure;

10 fois sur la lèvre postérieure.

Dans les 67 autres cas, elle se trouvait toujours au-dessus du bord inférieur de la face cervicale ou sur ce bord même.

Chez ces 86 femmes (soit 172 lèvres du col utérin, dont 132 étaient ulcérées) ces ulcérations ne se trouvaient que 22 fois à la surface inférieure ou vaginale, *tandis que* 110 *ulcérations*, soit 80 p. 100, *se trouvaient exclusivement sur la face cervicale des lèvres du museau de tanche.*

Quant à la fréquence des ulcérations, on reconnaît que chez les femmes accouchées, contrairement à ce qui existe chez les femmes enceintes, celles de la lèvre antérieure ont augmenté de nombre et celles de la lèvre postérieure ont relativement diminué.

La limite épithéliale n'ayant pas changé beaucoup, cette relation ne peut être expliquée autrement que par la position du col utérin qui, chez les femmes enceintes, est presque toujours en antéversion, tandis que chez les femmes accouchées il se trouve souvent en rétroversion, de telle sorte que le spéculum

conduit nos regards directement vers la face cervicale de la lèvre antérieure.

L'ectropion par lacérations latérales fut trouvé : parmi les 25 femmes accouchées primipares, 2 fois; parmi les 52 femmes multipares, 7 fois; un ectropion isolé de la lèvre antérieure fut trouvé 5 fois parmi les I. p., et 7 fois parmi les multipares.

Après avoir consciencieusement constaté le siège des ulcérations du col utérin, nous étudierons le caractère de leur surface.

Nous pouvons classifier les ulcérations examinées par nous en trois groupes principaux :

A. — Au premier appartiennent tous les cas où les surfaces, revêtues (selon l'aspect à l'œil nu) d'un épithélium à cellules cylindriques, semblent au toucher lisses presque comme une membrane séreuse; elles n'offrent ni induration ni ramollissement, ni gonflement; elles ne saignent ni au toucher, ni si on les frotte avec du coton; elles ne montrent que très peu ou même quelquefois aucun follicule kystique. En un mot, leur surface est pâle, rosée, presque lisse ou avec quelques rainures peu profondes. Je ne tardai pas à considérer ces surfaces comme la muqueuse cervicale à l'état sain.

Comme seule condition pathologique que nous puissions signaler, nous dirons que cette muqueuse, qui d'ordinaire doit rester cachée à l'intérieur du canal cervical, était ici facilement accessible.

B.— Au deuxième groupe appartiennent les surfaces dont la coloration est plus vive, rouge clair ou rouge foncé; elles sont fortement gonflées, débordant l'épithélium pavimenteux voisin; tantôt elles sont molles, friables, tantôt inégales, indurées et parsemées d'un grand nombre de petits follicules kystiques. Toujours elles saignent, même au toucher le plus délicat.

Ces cas sont sans doute identiques aux faits d'ulcérations décrites si souvent dans la métrite chronique.

C. — Le troisième groupe réunit les cas où les quatre signes

caractérisant le deuxième groupe, c'est-à-dire l'hyperhémie, le gonflement, le changement de consistance et la présence des kystes folliculaires, ne sont pas tous réunis, et ne se trouvent qu'isolés ou réunis deux à deux ou trois à trois.

Les cas de ce troisième groupe forment donc une transition presque insensible et graduelle entre le premier et le second groupe.

Quand j'examinai de plus près s'il y avait quelque différence entre ces ulcérations, quand elles étaient situées sur la face cervicale ou sur la face vaginale, ou enfin sur la face inférieure du col utérin, je n'ai jamais pu trouver de caractère distinctif. L'aspect des ulcérations est identique et sans aucune différence dépendant de leur situation; le plus souvent le changement morbide s'étend de la face cervicale sur l'inférieure ou même jusqu'à la face vaginale, sans que l'œil puisse reconnaître les limites de ces faces.

Les inégalités de ces surfaces ulcérées ont bientôt attiré mon attention.

Ces points présentaient quelquefois l'aspect du velours; quelquefois ils étaient granuleux, par suite de la présence de follicules kystiques ou de petites saillies papillaires; quelquefois enfin cet aspect était causé par des crêtes et des sillons plus profonds.

Quand j'observai pour la première fois ces crêtes et les sillons qui les séparaient, je les regardai comme des déchirures, et cette opinion fut confirmée par ce fait que les sillons se terminaient à l'orifice externe en formant de petites crénelures, et les crêtes en formant de petites saillies sphériques.

Mais bientôt j'observai des cas dans lesquels ces crêtes et ces sillons étaient si régulièrement disposés, soit en rayons autour de l'orifice externe, soit en lignes parallèles à celui-ci, soit en présentant une disposition penniforme, que je ne pouvais pas douter *qu'elles n'appartinssent au système de l'arbre de vie.*

Chez les 30 femmes I. p. atteintes d'ulcérations, je reconnus 15 fois ce dessin régulier de l'arbre de vie sur la lèvre antérieure. Chez les 45 femmes multipares atteintes d'ulcérations

je le reconnus 19 fois sur la lèvre antérieure, et 6 fois sur la postérieure.

Presque généralement ces sillons ont été considérés comme des déchirures, et ils sont décrits comme telles dans le mémoire de M. Nieberding, quoique, dans les figures 75 et 81, elles aient une ressemblance frappante avec l'aspect penniforme de l'arbre de vie. J'ai souvent aussi observé de pareils sillons, mais moins réguliers; aussi ne me fut-il pas possible de vérifier, d'après l'aspect à l'œil nu, leur signification; pourtant je crois qu'il est vraisemblable qu'ils n'appartiennent pas au système de l'arbre de vie, dont le dessin régulier aurait été détruit par les transformations dues à l'accouchement.

Dans bon nombre des ulcérations, ils manquaient tout à fait; ce qui se comprend aisément, car à l'état normal l'arbre de vie ne commence qu'à une hauteur variable au-dessus du bord épithélial du col utérin.

En résumant toutes mes observations cliniques je me suis convaincu que les ulcérations dites du museau de tanche, que j'ai trouvées chez les femmes enceintes ou accouchées et qui me semblent être identiques avec celles dépendant de la métrite chronique, *ne sont pas autre chose que la muqueuse cervicale, soit normale, soit altérée par un processus pathologique.*

Si nous voulons expliquer l'origine et la signification pathologique de ces ulcérations, nous sommes obligé d'étudier separément celles qui sont placées exclusivement sur la face cervicale, et celles qui s'étendent sur la face inférieure ou vaginale des lèvres du col utérin. Cette explication n'est pas difficile aujourd'hui.

L'apparition de la première catégorie de ces ulcérations dépend :

1° De la largeur de l'orifice utérin externe ;

2° De l'élévation de l'épithélium pavimenteux qui, comme on le sait depuis longtemps, monte à une hauteur variable selon les individus. Ces deux faits peuvent se combiner en s'aidant ou se contrariant en leurs effets. Plus étroit sera l'orifice utérin, plus élevé se trouvera le bord épithélial, et moins nombreuses

seront les chances de l'apparition d'une ulcération ; mais celles-ci augmenteront à mesure que le canal cervical sera plus béant, et que la limite épithéliale s'abaissera.

Chez les multipares les ulcérations sont très rares, parce que l'orifice externe est très étroit chez elles; et même chez les femmes enceintes pour la première fois, chez lesquelles il est souvent entr'ouvert et chez lesquelles la muqueuse cervicale est gonflée par suite de l'hyperplasie gravidique, elles manquent souvent, et n'apparaissent quelquefois, si le bord épithélial est très bas, que sous forme d'un liséré mince.

Chez les femmes multipares les ulcérations sont très fréquentes, parce que l'orifice du col utérin est largement ouvert à la suite des lacérations latérales.

Mais chez ces femmes les ulcérations font défaut quelquefois, même quand nous pouvons regarder loin à l'intérieur du canal cervical pourvu que le bord épithélial monte plus haut encore.

Comme à l'état normal la muqueuse cervicale ne doit pas être visible, les ulcérations sont une anomalie, même quand la structure de ces ulcérations ne diffère en rien de celle de la muqueuse normale. La valeur pathologique de cette anomalie croît au fur et à mesure que la structure des surfaces ulcérées diffère de l'état normal. Les ulcérations dont la structure ne diffère pas de l'état normal nuisent à l'individu, parce qu'une muqueuse à épithélium cylindrique, plus vulnérable que celle recouverte d'un épithélium pavimenteux, devient plus accessible aux chocs provenant de l'extérieur, soit qu'elle s'étende plus bas, soit qu'elle devienne plus visible par suite de lacérations latétérales du col.

Cette espèce d'ulcération constitue une *prédisposition à un état morbide*; les autres, celles dont la structure diffère de l'état normal, sont déjà la *maladie éclatée :* la métrite cervicale.

Quant aux ulcérations que j'ai étudiées chez la femme enceinte ou accouchée, elles ne sont que rarement un produit de la métrite; pour la plupart elles ne sont qu'un accident dû à la grossesse.

La grossesse, dont beaucoup de phénomènes occupent un do-

maine intermédiaire entre la physiologie et la pathologie, produit sur le col utérin un gonflement qui est regardé comme normal quand il ne dépasse pas un certain degré, et quand il cesse d'exister dès que l'involution des organes génitaux est complète.

Mais les caractères morphologiques et microscopiques de ce gonflement sont les mêmes que ceux de l'inflammation ; aussi l'examen microscopique des ulcérations du col chez les femmes accouchées a-t-il prouvé leur identité avec celles des femmes souffrant de métrite (1).

Ayant exposé notre avis sur le développement des ulcérations occupant exclusivement la face cervicale des lèvres utérines, nous sommes obligé d'expliquer à présent le développement de celles situées sur la face inférieure ou même vaginale du col utérin.

Leur aspect étant, comme nous l'avons décrit, identique avec celui des ulcerations de la face cervicale, il faut supposer qu'elles aussi ne sont autre chose que la muqueuse cervicale s'étendant jusqu'à la face vaginale du col. Il faut supposer qu'en ces cas, dont le nombre ne surpasse pas 20 0/0 de toutes les ulcérations, la muqueuse cervicale a descendu au-dessous de ses limites ordinaires, soit par un processus morbide transformant la muqueuse vaginale en muqueuse cervicale, soit par un défaut du développement pendant la vie intra-utérine.

J'ai prouvé par de nombreuses observations dans mon mémoire sur la morphologie du col utérin, cité plus haut, que le bord inférieur de la muqueuse cervicale avec son epithélium à cellules cylindriques se trouve, chez les nouveau-nés, dans 34 0/0 des cas, en dehors du canal cervical sur la face inférieure ou vaginale des lèvres, qui offrent ensuite l'aspect ulcéré.

Ce fait, démontré avec précision par mes recherches microscopiques, n'était encore connu ni des anatomistes, ni des gynécologistes. Ce que l'on savait de la jonction des muqueuses va-

---

(1) Léopold. *Studien über die Uterinschleimhaut.* (*Archiv. f. Gynækologie* XII, p. 188-194. — Nieberding. Ouvrage cité.

ginale et cervicale était seulement que leur point de réunion est variable, qu'il se peut trouver ou à l'orifice externe du col utérin ou un peu plus haut, à l'intérieur du canal cervical; j'ai ajouté à ces connaissances le fait sûrement établi que ce bord peut descendre dans un petit nombre des cas au-dessous de l'orifice externe du col utérin.

Me fondant sur ce fait, je préfère expliquer l'apparition des ulcérations sur les faces inférieure et vaginale du col utérin de la même manière que la production des ulcérations sur la face cervicale.

Il n'est pourtant pas impossible que dans quelques cas rares ces ulcérations, dont la structure ressemble tant à celle de la muqueuse cervicale, se développent par une transformation lente de la muqueuse vaginale qui insensiblement peut prendre les caractères de la muqueuse cervicale.

Mais il sera toujours impossible de se prononcer définitivement pour l'une ou l'autre de ces explications; car nous ne savons rien de l'état du col cervical au moment de la naissance des femmes chez lesquelles nous découvrons plus tard des ulcérations.

Pour me résumer, je répéterai que je crois avoir prouvé par l'examen clinique que les ulcérations dites du col de la matrice ne sont pas autre chose que la muqueuse cervicale, devenue visible *soit par suite de la dilatation de l'orifice externe, soit par un abaissement, presque toujours congénital, de la limite des muqueuses vaginale et cervicale et de leurs épithéliums.*

II.

Il est nécessaire d'ajouter des preuves histologiques pour confirmer les résultats obtenus par l'examen clinique.

Des descriptions de la structure microscopique des ulcérations en question ont été données en Allemagne par

E. Wagner (1) par Ruge et Veit (*l. c.*) et par moi (*l. c.*); en France par M. de Sinéty (2).

Toutes ces descriptions concordent si bien, que nous pouvons adopter indifféremment l'une ou l'autre, si nous voulons prouver l'identité de la structure de ces ulcérations avec celle de la muqueuse cervicale.

La description de MM. Ruge et Veit me semble être préférable, parce que ces auteurs sont les premiers qui aient examiné les ulcérations sur les pièces fraîches, enlevées par une opération chez la femme vivante.

Ils décrivent :

1° Des ulcérations simples correspondant à la deuxième catégorie de C. Mayer : gonflement et ulcération de la muqueuse cervicale ;

2° Des ulcérations folliculaires ;

3° Des ulcérations papillaires correspondant aux troisième et quatrième catégories de C. Mayer.

« L'ulcération simple est partout revêtue par un épithélium formé d'une seule couche de cellules cylindriques recouvrant une surface irrégulière. Des saillies larges, semblables aux papilles, alternent avec de plus petites. Les cellules épithéliales offrent quelques différences de grandeur : à la surface elles sont plus courtes; aux enfoncements épithéliaux elles sont plus étroites; au niveau des formations glanduleuses ou folliculeuses elles sont souvent extrêmement molles, très hautes et disposées en pinceau. Le noyau se trouve le plus souvent situé près de la base des cellules. Le tissu conjonctif de ces saillies n'est pas très riche en noyaux et en vaisseaux. »

En comparant cette description avec des préparations de la muqueuse du col, on peut se convaincre qu'elle ne diffère presque en rien de celles-ci.

L'épithélium de la muqueuse du col utérin est aussi délicat

---

(1) *Beitrage zur normalen und pathologischen Anatomie der Vaginalportion.* (*Archiv. für physiolog. Heilkunde*, 1876.)

(2) Séance de l'Académie, 8 août 1880.

que celui des ulcérations; et même la disposition en pinceau, que MM. Ruge et Veit, ainsi que M. Schroeder, ont regardée comme caractéristique des ulcérations, se retrouve dans toutes les préparations de la muqueuse cervicale. Les cellules cylindriques peuvent atteindre une longueur de 90 μ sur une largeur de 6 μ, tandis que la longueur ordinaire des cellules cylindriques tapissant les follicules de cette membrane est seulement de 20 μ.

Des saillies tantôt plus larges, tantôt plus minces, se trouvent aussi dans les préparations de la muqueuse cervicale. Elles ne sont autre chose que les crêtes de l'arbre de vie coupées transversalement; les plus petites seulement, sont des éminences papillaires, c'est-à-dire de petites colonnes cylindriques solides, ce qui se peut reconnaître seulement sur les préparations dans lesquelles elles sont coupées transversalement.

Nous trouvons de même, dans la muqueuse cervicale, les formations glanduleuses décrites et figurées par MM. Ruge et Veit dans les ulcérations. Le seul caractère qui puisse différencier l'ulcération et la muqueuse normale du canal cervical est que, selon Ruge et Veit, le tissu conjonctif des saillies contient un petit nombre de noyaux et de vaisseaux.

Mais cela n'est pas suffisant, car pour dire la vérité, il faut ajouter que le tissu conjonctif des ulcérations est presque toujours gorgé d'éléments embryonnaires; que ses vaisseaux sont dilatés au maximum, et que souvent il présente de petits foyers apoplectiques.

L'ulcération folliculaire a été décrite par MM. Ruge et Veit de la manière suivante :

« Les différences microscopiques de cette espèce d'ulcération et de l'ulcération simple sont insignifiantes. Il y a seulement un plus grand nombre d'enfoncements glanduleux, qui pénètrent à une profondeur remarquable, par places, et vont même jusqu'entre les fibres du stroma du col utérin. L'épithélium ne diffère pas de celui déjà décrit dans les ulcérations simples.

« Le tissu conjontif est souvent dans un état d'irritation,

c'est-à-dire qu'il est parsemé de nombreuses petites cellules rondes. Au canal cervical cette irritation manque. »

La première partie de cette description convient aussi à la muqueuse cervicale normale. Chez certaines femmes cette muqueuse est si riche en formations glanduleuses qu'on pourrait regarder celles-ci comme étant de nouvelle formation et dues à un processus morbide, si l'on ne les rencontrait déjà chez les petites filles nouveau-nées. Ici, il faut éloigner l'idée qu'elles aient un caractère pathologique.

Il faut admettre que la richesse en glandes de la muqueuse cervicale est variable selon les individus, et *que l'ulcération folliculaire n'est pas autre chose que la muqueuse cervicale enflammée, très riche en formations glandulaires*, dont quelques-unes, par suite du gonflement du tissu conjonctif, ont perdu leur orifice excréteur et se sont transformées en petits kystes par rétention.

Les ulcérations papillaires du col utérin ont, selon MM. Ruge et Veit, une structure très simple. Leur surface est recouverte d'un épithélium simple cylindrique. Les saillies, qui jusque-là ont été regardées comme les papilles dénudées, sont toutes recouvertes de cet épithélium; elles atteignent la largeur des villosités de l'intestin, et sont disposées très régulièrement. Des dépressions glandulaires ne sont que très rares et ne se trouvent qu'à la base des villosités.

Cette description est bonne, mais incomplète, parce que MM. Ruge et Veit n'ont pas prouvé que les saillies décrites soient de vraies papilles ou des villosités, c'est-à-dire des colonnes solides cylindriques, ou bien qu'elles ne sont que des crêtes de l'arbre de vie coupées verticalement.

Cette démonstration peut être fournie, soit par l'examen macroscopique, soit par un examen microscopique des coupes faites transversalement et perpendiculairement à l'axe de ces villosités. Or, j'ai comblé ce désidératum dans mon mémoire sur la nature des ulcérations (1).

(1) *Loc. cit.* (*Archiv. f. Gyn.*, XV.)

J'ai également démontré, dans un autre mémoire (1), que de pareilles villosités se trouvent sur les faces inférieure et vaginale du col chez quelques nouveau-nées.

Souvent, dans ce cas, la muqueuse ne contient que très peu de cryptes glanduleuses.

Il me semble donc que cette disposition est l'indice d'une variété morphologique de la muqueuse cervicale, dont la surface s'est accrue, non pas à l'aide de la production d'enfoncements, mais parce que des saillies se sont produites au dessus du niveau normal. On conçoit facilement que, bien que le mécanisme soit absolument contraire dans les deux cas, le résultat obtenu est toujours le même.

Les ulcérations papillaires nè sont donc, selon moi, *qu'une muqueuse cervicale riche en papilles et enflammée.*

Je ne veux pas nier que, dans quelques cas, des formations glanduleuses et villeuses ne puissent multiplier par une action morbide; mais, vu les résultats obtenus dans mes recherches sur l'état du museau de tanche chez les nouveau-nées, je crois que dans la plupart des cas, l'aspect des ulcérations dépend de la disposition congénitale de la muqueuso cervicale.

A la fin de ce travail, j'ajouterai quelques mots sur les ulcérations simples de la face vaginale du museau de tanche, formant la première catégorie de C. Mayer. Ce sont de petites taches rouges se réunissant quelquefois et formant des ulcères superficiels entourés de l'épithélium pavimenteux.

L'examen histologique de ces ulcérations nous montre que le chorion de la muqueuse vaginale est gonflé, gorgé de cellules embryonnaires; il rompt, par suite de son accroissement rapide, le revêtement épithélial qui, au centre de ces foyers, ne consiste que dans la couche plus superficielle des cellules plates, ou peut même manquer complètement.

Des formations glanduleuses ne s'y trouvent pas.

Ce sont donc de vraies érosions ou ulcères superficiels.

---

(1) *Loc. it.* (*Archiv. f. Gyn.*, XVI.)

DU PURPURA HEMORRHAGICA
ÉTUDIÉ AU POINT DE VUE
DE SES RAPPORTS AVEC LA MENSTRUATION ET LA GROSSESSE

Par M. le Dr Albert Puech,
Médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Nîmes.

La plupart des auteurs qui ont écrit *ex professo* sur le *purpura hemorrhagica* ou maladie tachetée de Werlhof ont signalé l'influence que cette maladie exerce dans certains cas sur l'utérus ; mais aucun d'eux, à ma connaissance du moins, n'a fait cette étude en termes suffisamment explicites pour qu'il soit un véritable hors d'œuvre d'y revenir. Loin de là, les lacunes présentées par ce point de pathologie médicale sont tellement nombreuses, qu'il a paru y avoir quelque opportunité à traiter cette question intéressante entre toutes celles qui ont trait à la pathologie du sexe féminin.

Qu'on ne s'y méprenne point, ce petit travail n'est point un exposé dogmatique des documents concernant la matière, mais la relation pure et simple de quelques faits personnels à l'auteur, recueillis soit dans la clientèle privée, soit dans la pratique hospitalière. Se renfermant dans le domaine de la clinique, il s'abstiendra de discuter la pathogénie encore obscure de cette curieuse et rare affection ; il n'évoquera pas davantage toutes les observations qui se sont présentées dans le cours de sa carrière ; il bornera son apport aux cas dans lesquels le purpura lui a paru avoir un retentissement plus ou moins profond sur l'utérus.

I

De l'action du purpura hémorrhagica sur l'utérus à l'état de vacuité.

L'utérus à l'état de vacuité est diversement influencé par le purpura, suivant que celui-ci est aigu ou chronique, léger ou

intense. La maladie est-elle bénigne, l'action peut être nulle ou, pour mieux dire, si peu apparente qu'elle peut passer inaperçue. La maladie est-elle plus accusée, l'hémorrhagie cataméniale sera augmentée en quantité et en durée. Enfin l'atteinte est-elle plus profonde, plus marqués seront les effets et l'utérus pourra traduire sa souffrance par une hémorrhagie survenue pendant la période intercalaire. Enfin la maladie revêt-elle d'emblée la forme chronique, il peut y avoir suppression des menstrues et exacerbation des phénomènes portant sur la peau, coïncidant avec l'époque correspondante à la venue des règles.

Pour démontrer le bien fondé de ces variétés, examinons chacune d'elles, en commençant par les cas où l'hémorrhagie cataméniale est simplement augmentée en quantité et en durée.

J'en ai recueilli deux ou trois exemples dont voici le plus simple.

Observation I. — *Purpura hemorrhagica accompagné de métrorrhagie et d'entérorrhagie; guérison au bout de deux mois de traitement.*

M... (Pauline), âgée de 21 ans, coiffeuse, bien conformée et d'un tempérament lymphatico-nerveux, entre le 30 juin 1879 à l'Hôtel-Dieu de Nimes (salle Sainte-Marie, n° 7). Ses parents, qui habitent un hameau tout près de Nimes, sont sains et nullement sujets aux hémorrhagies; quant à elle, elle n'a eu dans son enfance d'autre maladie que la scarlatine.

Réglée à 13 ans, elle perd trois jours, sans douleurs, ni caillots.

Mariée à 17 ans, elle a eu 12 mois après une *métrorrhagie* qui a duré quinze jours et qui a été aggravée par les fatigues de sa profession.

En décembre 1877 est survenue une grossesse qui a eu son cours régulier. Accouchée à la fin juin 1878, elle a eu un accouchement long et laborieux qui a été suivi de deux hémorrhagies dont la première a été assez grave. Néanmoins elle a persisté à nourrir son enfant qu'elle a perdu au huitième mois.

Les règles se sont alors rétablies et sont venues régulièrement

tous les mois, mais sans caractère morbide. Elles sont cependant précédées et suivies d'une leucorrhée assez forte.

Sauf cette particularité qui tient à un *catarrhe de l'utérus*, cette femme se portait assez bien; mais, mal mariée, elle se nourrissait mal et subissait l'action déprimante de chagrins et de scènes répétées. Bref, à la suite d'une dispute assez vive, elle est prise le 15 juin 1879 de céphalalgie et courbature, et quelques jours après elle constate l'apparition de taches rougeâtres sur les membres. Néanmoins les règles qui surviennent le 25 ne lui paraissent pas plus abondantes que de coutume, et ont cessé depuis deux jours au moment de son entrée.

Je la vois alors et lui prescris des frictions à l'eau-de-vie camphrée sur les membres; 60 grammes vin de quina; 1 gr. 50 perchlorure de fer en potion, et, à raison du catarrhe utérin, une pilule matin et soir, contenant : extrait de cigüe, 0,05, et ergotine, 15 centigrammes.

Grâce à ce traitement aidé d'une bonne alimentation, la maladie reste stationnaire ou, pour mieux dire, les taches sont remplacées par d'autres. De temps en temps la malade accuse de la céphalalgie, des brisements dans les membres, et peu après il se fait sur les bras et les jambes une nouvelle poussée de taches purpurines avec plaques ecchymotiques. Concurremment l'appétit est bon et la température normale.

Les règles, qui s'établissent le 23 juillet, sont d'abord assez modérées, mais bientôt elles deviennent excessivement abondantes. Quoique le perchlorure de fer n'ait cessé d'être administré depuis l'entrée de la malade, elle est extrêmement faible et a peine à se soulever.

Le 26 juillet, une demi-heure après ma visite, elle perd connaissance. L'interne de service appelé la trouve couverte de sueur. Le pouls est très faible et les extrémités sont froides. D'après ses voisines, elle s'est plainte quelques instants avant *d'un sentiment de brûlure dans le ventre*. Ranimée par l'éther, elle recouvre ses sens. A trois reprises différentes, elle va du corps et rend des caillots sanguins.

Prescription : potion avec 2 grammes ergotine; fragments de glace; compresses mouillées sur le ventre.

Le lendemain les mêmes accidents se reproduisent, mais, grâce à la précédente prescription, l'hémorrhagie utérine a cessé, et les selles contenant des caillots sanguins ne se renouvellent plus.

Dès ce moment le purpura marcha vers la guérison et il ne se fit

plus d'éruption à la peau. Le 12 août les forces sont assez revenues pour permettre à la malade de sortir. Depuis, la santé s'est complètement raffermie et la venue des règles s'est faite dans les conditions ordinaires.

L'excuse des détails dans lesquels j'ai cru devoir entrer se trouve dans le caractère tout à fait insolite de cette observation; n'était l'anémie de cette malade, on eût été fondé à diagnostiquer un *purpura simple*, et cependant quel mécompte n'eût-on pas éprouvé si on eût formulé un semblable diagnostic? Evidemment on n'a rien négligé en ce qui concerne la médication; on a cherché par celle-ci, comme aussi par les aliments, à remonter l'économie, et pourtant, malgré cette double association, on a vu, un mois et demi après le début de la maladie, les règles se transformer en véritable hémorrhagie, et l'intestin donner lieu de son côté à un accident analogue.

L'impuissance de la médication n'a pas été cependant totale. Si elle n'a pu prévenir la production des hémorrhagies viscérales, elle n'a pas été étrangère à leur prompte cessation et a contribué dans une juste mesure à empêcher leur répétition; car ces hémorrhagies asthéniques ont une tendance extrême à se reproduire. Sans vouloir suspecter la valeur thérapeutique de l'ergotine et de la glace, on est fondé à admettre que les suites eussent été moins simples, si la reconstitution préalable de l'économie par le quinquina, le perchlorure de fer et une alimentation réparatrice n'eût précédé leur emploi. On peut citer à l'appui de cette assertion la marche rapide de la convalescence et le prompt retour à la santé. L'un et l'autre phénomène, rares à la suite d'une atteinte profonde de purpura hemorrhagica, sont des témoignages incontestés d'un travail sérieux de reconstitution.

Mais ne nous attardons pas sur cette observation et reprenons le cours de notre exposé que les réflexions motivées par ce fait ont forcément interrompu.

Le purpura hemorrhagica n'agit pas seulement sur l'utérus pendant la durée des régles, il peut encore avoir une action

sur la muqueuse utérine pendant la période intercalaire, et créer en un mot une hémorrhagie de toutes pièces. Cette métrorrhagie, qui est d'observation beaucoup moins commune que la ménorrhagie, a en même temps une importance pronostique beaucoup plus grande; elle est toujours l'indice d'un état extrêmement grave, et dénote une alteration profonde et radicale des forces.

La métrorrhagie, doit être, en conséquence, combattue avec la plus grande énergie. Les hémostatiques les plus puissants trouvent ici leur indication; mais, à raison de la dépression des forces présentées par les malades, on ne saurait toujours compter sur leur efficacité. Loin de se faire illusion, il faut s'attendre à des mécomptes, car les moyens les plus actifs sont sujets à échouer. J'en ai fait du moins la triste et cruelle expérience, et ai vu dans ces conditions deux malades être emportées, l'une au bout de huit jours, l'autre au bout de douze jours.

J'ai été plus heureux chez une nourrice se trouvant au quatrième mois de l'allaitement, chez laquelle le purpura était survenu à la suite d'une contrariété très vive. Trois jours après l'apparition des taches qui étaient très nombreuses, une hémorrhagie utérine se déclara et nécessita plusieurs injections hypodermiques d'ergotine. Néanmoins la malade était en voie de guérison au bout d'un mois. A raison de cette cure inespérée je me demande si ce troisième cas était vraiment analogue aux deux autres. On sait que dans notre Midi il est assez commun de voir pendant la lactation les règles survenir, et partant il peut se faire que le purpura se soit borné à accroître l'intensité de l'hémorrhagie cataméniale. De là, la facilité relative avec laquelle on a pu se rendre maître de cette sérieuse complication.

La maladie de Werlhof n'a pas constamment des effets de ce genre. Lorsqu'elle a tendance à revêtir un caractère chronique et lorsqu'elle se manifeste chez des jeunes filles à l'époque de la puberté ou chez des femmes sérieusement dysménorrhéiques, il arrive quelquefois que, loin d'augmenter l'hémorrhagie cata-

méniale, elle en diminue la quantité ou même supprime tout à fait l'écoulement sanguin. En d'autres termes, elle joue dans le premier cas le rôle d'hémorrhagie supplémentaire, alors que dans le second elle se substitue purement et simplement au phénomène physiologique,

Quoique l'une et l'autre particularité aient été rencontrées par des observateurs consciencieux, elles ont été mises en doute. Est-il besoin de l'ajouter? ce scepticisme n'est nullement motivé, et la rareté d'un phénomène ne saurait être une raison valable pour en dénier l'existence. On l'a dit maintes fois et on ne saurait trop le répéter, rien n'est plus brutal qu'un fait.

Lors de mes recherches sur la *déviation des règles*, recherches qui ont été communiquées à l'Académie des sciences (9 décembre 1861) et dont M. le professeur Courty a fait connaître les principaux résultats dans son excellent *Traité des maladies de l'utérus*, j'ai relevé 8 cas de ce genre et depuis j'en ai rencontré dans la littérature médicale quelques autres, notamment celui de Trousseau, observé à l'hôpital Necker (*Gazette des hôpitaux*, 1846, p. 570) et celui de Cazenave, observé à l'Hôpital Saint-Louis (*Gazette des hôpitaux*, 1851, p. 358). Fort de ces diverses observations, je n'écrirai point l'histoire *ex professo* de ce curieux syndrome — je réserve cette étude pour un travail ultérieur — pour le présent je me bornerai à relater le cas qu'il m'a été donné de recueillir il y a quelque mois.

OBS. II. — *Purpura hemorrhagica survenu à la suite d'une vive frayeur; suppression complète des règles; à l'époque correspondant aux règles, suintement de sang par deux ou trois plaques ecchymotiques se répétant les deux mois suivants.*

Une fille de la campagne vint, le 8 mars dernier, me consulter pour une éruption cutanée s'accompagnant d'aménorrhée et me donna les renseignements suivants confirmés par sa mère, paysanne très intelligente.

Elle a 14 ans, et s'est jusqu'alors bien portée.

Les règles se sont établies à 13 ans 1/2, sans douleur et sans fati-

gue. Elles durent deux jours, sont assez copieuses et, après être revenues 4 fois, ne se sont plus montrées depuis plus de trois mois.

A la suite d'une vive frayeur éprouvée la nuit de Noël, cette fille a accusé le lendemain de la courbature, de la céphalalgie. Elle est restée au lit, a cherché à provoquer les sueurs et a constaté trois jours après, sur les membres supérieurs et inférieurs, des taches rouges, noirâtres, les unes petites comme une piqûre de puce, les autres plus étendues. Les plaques deviennent jaunes, vertes comme les ecchymoses et sont remplacées par d'autres un peu moins petites qui suivent la même marche. Deux semaines plus tard, à l'époque correspondante aux dernières règles (6 janvier), maux de reins, dysurie, ténesme vésical nécessitant le séjour au lit. Pas d'hémorrhagie vaginale, mais quelques plaques s'excorient sans raison et donnent du sang. Ce suintement peu abondant se répète plusieurs fois dans les vingt-quatre heures pendant cinq jours pleins.

A la suite, la malade se sent tellement bien qu'elle se croit débarrassée. Les forces et l'appétit reviennent; les plaques s'effacent complètement et ne sont pas remplacées par d'autres.

Tout le mois de janvier se passe ainsi, mais le 1er février nouveau malaise, brisement général attribué au froid, bientôt suivi d'une nouvelle poussée de taches rouges. Le 4 au soir on constate avec surprise que, comme précédemment, quelques-unes de ces taches donnent du sang. Il en est ainsi pendant cinq à six jours, puis les taches pâlissent et disparaissent. Bien-être consécutif se prolongeant le reste du mois.

Retour des mêmes accidents au commencement de mars, reproduction de l'hémorrhagie cutanée qui existe encore au moment de mon examen.

Fille bien développée pour son âge, mais extrêmement nerveuse. Anémie très prononcée. Muqueuse décolorée, gencives pâles et saignant au moindre contact. Le premier bruit du cœur est sourd, néanmoins le bruit de diable n'est pas très marqué. Rate saine ; malléoles non œdématiées.

Au dire de la mère, à l'exception de la face, elle aurait des ecchymoses sur tout le corps et principalement à la poitrine, au ventre et aux membres inférieurs. Il n'y en a pas sur la muqueuse de la bouche, comme je m'en suis assuré.

Ces taches de purpura sont d'inégale étendue. Le plus grand nombre a le volume d'une piqûre de puce, mais il en est de plus grosses

et deux ou trois ont la surface d'une pièce de 2 francs. Contrairement à ce qui existait chez le sujet de l'observation première, ces taches sont toutes uniformément rouge foncé; en un mot, elles paraissent être le résultat d'une seule et même poussée. Elles ne font pas de saillie à la peau et, soumises à la pression, elle ne disparaissent point.

Quant au sang qui perle de temps à autre, surtout si l'on frotte un peu vivement la peau, il provient des trois taches les plus étendues et situées : l'une au niveau du genou droit, l'autre au milieu de cette cuisse droite et la dernière au niveau du creux poplité gauche. A titre d'expérimentation, j'essuie les surfaces saignantes et les touche avec le perchlorure de fer. L'hémorrhagie ne se reproduit pas.

D'après la mère, ces plaques ne donneraient du sang que depuis le matin; les jours précédents ce liquide serait provenu d'autres endroits, du ventre et même des membres supérieurs, et il en aurait été de même lors des hémorrhagies survenues en février et en janvier.

Prescription : fer réduit par l'hydrogène, 30 centigrammes par jour; vin de quinquina, 100 grammes aux trois repas; jus de viande; exercice modéré; après la cessation de l'hémorrhagie frictionner les reins avec un mélange à parties égales de liniment de Rosen et de teinture alcoolique de quinquina.

Après avoir rassuré la malade qui est très effrayée, je prie sa mère de me la ramener le mois suivant à la même époque, mais, malgré sa promesse formelle, je ne l'ai plus revue et n'ai pu par suite compléter cette intéressante et curieuse observation.

Voilà donc une jeune fille extrêmement nerveuse qui, après quatre époques menstruelles tout à fait normales, contracte un purpura d'origine névropathique. L'économie, jusqu'alors indemne, en subit le contrecoup; l'anémie se montre ; les règles se suppriment dans leur manifestation hémorrhagique et sont suppléées ou remplacées par une hémorrhagie effectuée par les grandes ecchymoses. A l'égard de la première époque, on pourrait croire qu'il y a eu une simple coïncidence entre l'apparition des ecchymoses et l'époque des règles, mais cette thèse ne saurait être soutenue en ce qui concerne les deux autres. Tout autorise à croire qu'il y a entre les deux phénomènes une relation très intime. Il est regrettable que cette personne n'ait pas été

suivie plus complètement, qu'on ne sache point si cette déviation des règles a persisté ou cédé, mais quelque incomplète que soit cette observation, elle m'a paru mériter d'être exposée dans tous ses détails, car elle est un témoignage nouveau du rôle que peut jouer chez les jeunes filles le complexus symptomatique qui est désigné sous le nom de purpura hemorrhagica ou de maladie de Werlhof.

II.

De l'action du purpura hemorrhagica sur l'utérus à l'état de gravidité.

Plus rare est le purpura survenu dans le cours de la grossesse et surtout plus graves qu'à l'état de vacuité en sont les conséquences. Si le premier point ressort du résultat négatif de mes recherches à travers les traités d'accouchements que j'ai pu consulter, à travers les journaux de gynécologie et d'obstétrique que j'ai pu dépouiller, le second est la conclusion qui ressort de mon expérience clinique sur la matière. Qu'on en juge par ce fait : des deux malades qui ont offert cette complication, l'une a succombé quelques heures après ma première visite, quant à l'autre, elle n'a fourni que l'occasion de constater l'impuissance de la médecine. Voici tout d'abord ce fait :

Obs. III. — *Grossesse de six mois; violente colère; purpura; accouchement prématuré; mort rapide.*

Mme R..., demeurant à Nîmes, rue de Paris, n° 17, est une personne de 21 ans, à taille élancée, à cheveux noirs, à teint coloré, à tempérament lymphatico-sanguin et à constitution vigoureuse. Médecin de sa famille depuis longues années, je n'ai jamais eu occasion de lui donner des soins. Elle a eu cependant la rougeole dans son enfance, mais si bénigne qu'aucune intervention n'a été réclamée.

La menstruation s'est établie à l'âge de 12 ans et s'est poursuivie

sans interruption, ni trouble jusqu'à ces derniers temps. La perte dure trois jours, a lieu sans douleur et n'est point accompagnée de leucorrhée. Le sang bien coloré est en quantité médiocre. Pas d'épistaxis, pas le moindre symptôme d'hémophilie ni d'antécédents hémorrhagiques dans les ascendants et les collatéraux. Quoique cette personne n'ait jamais eu de maladie sérieuse, elle est issue d'une famille médiocrement saine. Sa mère, que j'ai soignée durant longues années, a succombé il y a dix-huit mois à une phthisie tuberculeuse ; quant au père, actuellement âgé d'une soixantaine d'années, il est fréquemment valétudinaire. Il a des varices très développées et a à la jambe gauche un ulcère variqueux qui se rouvre de temps à autre. En outre il est depuis une quinzaine d'années sujet à des bronchites tenaces et rebelles. Malgré la douceur du climat, il est rare qu'il laisse passer un hiver sans payer son tribut à cette affection qui, à plusieurs reprises, l'a tenu au lit pendant plusieurs semaines.

Mme R... est mariée depuis huit mois. Deux mois après le mariage, les règles se sont suspendues en même temps que se montraient les signes de la grossesse. Actuellement elle a toutes les apparences d'une femme enceinte de six mois ; elle perçoit les mouvements du fœtus.

Les premiers mois de la grossesse se sont passés sans incident digne d'être noté, mais il n'en est plus de même depuis une dizaine de jours. A la suite d'une violente colère survenue la veille de Noël, elle s'est trouvée toute changée. Elle s'est sentie brisée, courbaturée et accuse une profonde lassitude. Concurremment et quatre jours après, elle a constaté non sans surprise aux membres inférieurs quelques taches plus ou moins arrondies, d'aspect érythémateux pour lesquelles elle vient à ma consultation le 2 janvier 1878.

Ces taches, qui siègent aux cuisses et aux jambes, sont de dimension très variable et ont de la largeur d'une lentille au diamètre d'une pièce de 50 centimes. Elles sont de couleur uniforme, d'un rouge assez obscur, sans limites bien précises et ne disparaissent point à la pression. Incontestablement c'est là du *purpura* et cette affection, survenue en pleine santé à la suite d'une violente colère, me paraît devoir être rattachée à la profonde perturbation qu'elle a amenée dans l'économie.

L'état général n'est pas cependant mauvais, pourtant l'appétit a diminué, le pouls est à 85 pulsations et les mouvements de l'enfant continuent à être perçus.

Prescription : bouillon de bœuf, vin de quinquina; frictions des

membres avec de l'eau-de-vie camphrée, potion avec 1 gr. 50 de perchlorure de fer.

Le 6 janvier, c'est-à-dire quatre jours après le premier examen, cette personne me fait demander.

Malgré le traitement prescrit (elle a pris 500 grammes de vin de quinquina et 6 grammes de perchlorure de fer), l'état s'est considérablement aggravé. Depuis deux jours la malade n'a pu quitter le lit tant elle se sent débilitée; elle se soulève avec peine, n'a pas le moindre appétit et ne prend qu'avec une extrême répugnance quelques cuillerées de bouillon. La fièvre a augmenté : 115 pulsations. Quant aux taches de purpura, elles se sont multipliées et sont constatées sur les membres, le ventre et la poitrine. A certains endroits il existe de véritables ecchymoses et une pression tant soit peu forte exercée sur une tache produit une véritable extravasation. Enfin, au niveau du coude droit sur lequel la malade s'appuie de temps à autre, il y a une vaste ecchymose amenée par la pression.

Les gencives sont gonflées, et donnent un suintement sanguinolent. Enfin, avant mon arrivée, il y a eu une hémorrhagie nasale qui s'est arrêtée, il est vrai, naturellement, mais qui a longtemps persisté.

En conséquence on diagnostique un *purpura hemorrhagica* et on fait part à la famille de la gravité de la situation ; quant au traitement, il consiste en l'emploi d'une potion au perchlorure de fer alternée toutes les heures avec une cuillerée de potion avec 4 grammes de résine de quinquina. On suspend les frictions, le vin de quinquina et les remplace par du vin vieux. Enfin, comme traitement local, les gencives sont touchées avec le perchorure de fer.

7 janvier. La nuit n'a pas été mauvaise; les hémorrhagies par les gencives n'ont plus reparu, mais, au moment où j'allais quitter la malade, l'hémorrhagie nasale se reproduit. Le sang est fluide, peu plastique; aussi, crainte d'une récidive, je pratique le tamponnement des fosses nasales avec des bourdonnets de charpie imbibés de perchlorure de fer. Quant à l'état général, il est le même, et quoiqu'il paraisse plus satisfaisant pour la famille, je ne puis m'associer à ses espérances. Continuation des moyens thérapeutiques.

Dans l'après-dîner des maux de rein se déclarent et s'accompagnent de temps à autre de contractions de l'utérus. Comme le méat utérin est encore fermé, un lavement avec 15 gouttes de laudanum est administré toutes les deux heures. Peut-être arriverai-je par ce moyen à prévenir l'accouchement prématuré.

Le 8. La nuit a été assez calme et la médication opiacée semble avoir momentanément enrayé le travail. Par mesure de précaution, je pratique le toucher et constate que, malgré l'accalmie, le méat s'est entr'ouvert et admet l'extrémité de l'index. L'accouchement aura donc lieu et, comme l'emploi du laudanum n'est pas sans inconvénient, il est suspendu.

Quant à l'état général, il paraît plutôt aggravé qu'amélioré. Le pouls est petit et rapide ; la malade est prostrée et ne répond qu'avec lenteur. L'hémorrhagie nasale ne s'est plus reproduite, mais, en revanche, il y a du sang dans les urines et dans le liquide qui vient d'être rendu dans un vomissement. Enfin de nouvelles suffusions sanguines sont constatées.

Dans l'après-dîner je constate la venue de véritables contractions utérines et leur répétition toutes les cinq minutes. Vu l'imminence de l'accouchement et la possibilité d'une hémorrhagie utérine promptement mortelle, je recommande à la sage-femme de se munir de seigle ergoté et d'en donner une prise toutes les dix minutes, dès que l'enfant aura été expulsé.

Ces recommandations sont suivies. Un fœtus du sexe masculin est expulsé à 9 heures du soir. On administre 50 centigrammes de seigle ergoté à trois reprises et on obtient la délivrance sans hémorrhagie. Quant au fœtus, il est exsangue et ne porte sur aucun point du corps trace de purpura.

Le 9. La nuit a été assez agitée mais cependant pas aussi mauvaise qu'il y avait lieu de le craindre. L'utérus est assez bien revenu sur lui-même, mais cependant, comme il y a lieu de redouter une hémorrhagie post-puerpérale, un pessaire de Gariel est introduit dans le vagin.

État général mauvais, pouls petit et filiforme, prostration considérable. Continuation du perchlorure de fer et potion de Todd.

A bout de ressources, je demande une consultation qui n'est pas acceptée par la famille.

Dans l'après-dîner l'état s'est aggravé ; pas d'hémorrhagie par le vagin, mais hémorrhagie à l'intérieur de l'utérus qui est distendu. En effet, ayant retiré le pessaire, il sort de la cavité utérine du sang liquide et quelques caillots. Je me préparais à faire une injection intra-utérine de perchlorure de fer, lorsque l'hémorrhagie s'arrête d'elle-même. Concurremment suintement de sang par l'une et l'autre narine, et par la muqueuse de la bouche et par le point lacrymal du

côté qui a été tamponné. La muqueuse du palais et de la langue est parsemée de taches noirâtres, indice d'une extension nouvelle de la maladie de Werlhof.

Le 10. Nuit affreuse, rêvasseries et délire ; le matin, la malade épuisée est dans l'immobilité la plus complète, elle n'a pas même la force d'expectorer le sang qui suinte de la bouche et de l'arrière-bouche. Elle s'est salie sans en avoir conscience et a taché les draps d'une matière rappelant le marc de café. Les urines sont en grande quantité formées par du sang. Quant aux lochies qui ne sont plus retenues par le pessaire, elles sont formées par un liquide rouge qui ne se coagule point.

Le pouls est tellement ténu qu'il ne peut plus être apprécié et la malade s'éteint au bout de quelques heures, tout à fait exsangue.

Sauf l'absence regrettable d'autopsie, — ce complément qu'il est si difficile d'obtenir dans la pratique civile, — cette observation est suffisamment circonstanciée pour se passer de longs commentaires. Il convient cependant d'expliquer pourquoi il n'a pas été recouru ici aux injections sous-cutanées d'ergotine. Assurément ce n'était point ignorance de ce moyen thérapeutique, puisque, depuis 1873, on l'a expérimenté avec persévérance dans une foule de maladies, mais c'est que, dans un cas de purpura terminé fatalement, deux des piqûres, s'étant rouvertes, avaient donné lieu à une hémorrhagie et nécessité l'application du thermo-cautère. Or, vu l'extrême gravité de la situation, on avait à craindre, en recourant à cet agent, de s'exposer à un semblable accident et par suite de concourir à la rapidité du dénouement.

Tel a été le motif de mon abstention. Quant au pronostic grave que je portai dès le début, il était fondé sur le souvenir d'un cas observé dix-sept ans auparavant. En effet, en février 1861, alors que j'étais médecin du Bureau de bienfaisance, on me fit demander pour une femme d'une trentaine d'années arrivée au huitième mois d'une cinquième grossesse et présentant sur les membres inférieurs l'éruption caractéristique de la maladie tachetée de Werlhof. Avec l'inexpérience de la jeunesse, j'affirmai la possibilité de la guérison ; aussi, grand

fut mon étonnement quand le lendemain, en faisant une seconde visite, je trouvai la malade au suaire. Que s'était-il passé? Une chose bien simple que j'aurais dû prévoir. Dans la nuit, le travail s'était déclaré et peu après une hémorrhagie utérine était survenue. Arrêtée un moment par les moyens appropriés, elle avait repris et n'avait cessé qu'avec la vie.

En résumé, de ce qui précède nous sommes autorisé à conclure que :

1° Le purpura hemorrhagica ou maladie tachetée de Werlhof s'observe plus fréquemment chez la femme que chez l'homme.

2° Il a une action marquée sur l'utérus, que cet utérus soit à l'état de vacuité ou de gravidité.

3° A l'état de vacuité, lorsqu'il agit sur l'utérus, trois cas peuvent se présenter :

a. Il peut supprimer l'écoulement menstruel et y suppléer par le retour périodique de ses manifestations.

b. Il peut exagérer simplement l'hémorrhagie menstruelle (*ménorrhagie*).

c. Il peut créer de toutes pièces une hémorrhagie (*métrorrhagie*) ;

4° A l'état de grossesse, le purpura a tendance à provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré.

5° Le pronostic doit être toujours extrêmement réservé, mais, d'une manière générale, le purpura est plus à redouter chez la femme que chez l'homme, et pendant la grossesse qu'à l'état de vacuité.

6° Les métrorrhagies sont d'un pronostic plus fâcheux que les ménorrhagies.

NOTE SUR LA RÉTROCESSION DU TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT

Par M. le Dr Lizé (du Mans).

Il est généralement admis que l'effacement du col, la dilatation de l'orifice, les contractions successives de la matrice avec tension des membranes, sont bien les indices d'un accouchement prochain. M. le Dr Charrier n'est pas d'un avis aussi absolu et il a publié dans les Archives de médecine (janvier 1858) plusieurs observations qui constituent des exceptions à cette règle et prouvent que le travail commencé peut se suspendre, s'arrêter même *et permettre au col utérin de se réformer complètement.*

Les accoucheurs modernes sont muets sur cette particularité remarquable ; en effet, il n'est pas question de cette suspension du travail dans les excellents ouvrages de Cazeaux, Chailly, Jacquemier, Verrier, etc. Le traité seul de Velpeau relate (t. II, p. 5) un fait où l'accouchement n'eut lieu que six semaines après le début du travail, qui s'était entièrement arrêté.

Qu'il me soit permis de joindre aux faits de Velpeau et de Charrier une observation qui ne manque pas d'intérêt.

OBSERVATION. — Le 10 août 1881, je suis appelé à 5 heures du matin, rue d'Iena 27, chez Mme L..., multipare, qui était en travail depuis quarante-huit heures. Mlle Agathe, sage-femme, prévoyant une délivrance prochaine chez cette dame arrivée au commencement du neuvième mois, me prie d'apporter mon forceps. Au toucher, le col est difficile à saisir, parce qu'il est fortement porté en arrière ; court, très mou, il offre une dilatation de la largeur d'une pièce de 2 francs.

Les douleurs revenant toutes les cinq minutes, j'engage la patiente à prendre courage et, sitôt qu'une dilatation suffisante permettra l'introduction de l'instrument, l'accouchement sera vite achevé.

Le même jour au soir, le col est toujours fortement en arrière ; même dilatation. Le bassin est élevé sur un traversin de balle d'avoine, et les épaules, puis la tête, sont mis sur un plan déclive. Ban-

dage du corps assez serré pour relever le corps de l'utérus qui est en antéversion. Le travail se ralentit un peu, et les douleurs se font sentir moins violentes tous les quarts d'heure.

Le 11, le col revient un peu vers le centre du bassin où je le touche plus facilement; il est presque effacé et reçoit aisément deux doigts; son orifice interne, complètement ouvert, permet d'atteindre la tête fœtale et la poche amniotique qui s'échappe en légère saillie.

Grand bain, après lequel toute douleur cesse.

Le 12 au matin, le col se reforme, s'allonge; l'orifice interne est fermé et tout travail est suspendu.

Mme L... se lève, reprend ses habitudes ordinaires et elle n'est reprise par les douleurs que le 29 août, à 7 heures du matin, c'est-à-dire vingt et un jours après le premier travail.

A minuit, le même jour, Mlle Agathe, sage-femme, l'accouchait d'une fille bien portante et venue en première position du sommet. La rupture de la poche des eaux se fit au moment de l'expulsion.

Bonnes suites de couches.

Réflexions. — Voici une observation de rétrocession du travail puerpéral où j'ai pu constater *toute la période active* jusqu'à une dilatation assez notable, puis la *période rétrocessive* jusqu'à la formation nouvelle du col et, comme résultat final, la continuation de la grossesse jusqu'à son terme naturel. Cette possibilité de la rétrocession du travail a un intérêt pratique indiscutable.

Voici l'enseignement qui découle de ce fait curieux et de ceux qui ont été mis au jour avant lui : c'est que chez une femme en travail, il peut survenir une dilatation plus ou moins avancée de l'orifice, une diminution de la longueur du col, voire son effacement complet et, malgré cela, les contractions peuvent s'arrêter et le col peut se reformer, sans toutefois recouvrer sa longueur primitive. C'est à cet ensemble de phénomènes *rétroactifs* que M. le Dr Charrier a donné le nom de *rétrocession du travail*. En présence d'un pareil état, l'accoucheur doit temporiser, et c'est bien ici où la patience est une vertu.

REVUE DE LA PRESSE

LES DERNIERS PROGRÈS ACCOMPLIS DANS LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES TUMEURS INTRAPÉRITONÉALES.

Par F. Spencer Wells (1).

Traduit de l'anglais par le Dr Paul Rodet.

Je ne saurais mieux vous remercier de l'extrême bienveillance que vous m'avez montrée qu'en vous promettant, et surtout en tenant ma promesse, de ne pas vous retenir une minute de plus que le quart d'heure qui m'est accordé d'après le règlement du Congrès; aussi je vais de suite vous rappeler que le sujet de la discussion, à laquelle prendront part, j'en suis sûr, la plupart des chirurgiens éminents ici présents, doit porter sur les derniers progrès réalisés dans le traitement chirurgical des tumeurs intrapéritonéales.

Le terme de derniers progrès peut, je pense, s'appliquer à tous ceux qui ont été réalisés — au souvenir de la plupart d'entre nous — progrès qui ont été accomplis, perfectionnements qui ont été effectués pendant notre carrière médicale, dans cette dernière période de vingt à trente ans. Et je suppose que presque tous ceux ici présents, du moins ceux qui ont atteint l'âge de 50 ans, pourront se rappeler un temps où l'opération, qui consistait à enlever de la cavité abdominale une tumeur de quelque nature qu'elle fût, était regardée comme une curiosité chirurgicale qui provoquait l'étonnement, qui appelait sur elle des blâmes sérieux, et qui n'était conseillée que par un très petit nombre des plus osés de nos confrères.

(1) Discours prononcé à l'ouverture de la section de chirurgie du Congrès médical international de Londres, 1881.

Ce n'est que longtemps après que l'ovariotomie est sortie de cette période de méfiance, et sa mortalité s'est abaissée au-dessous de celle d'autres opérations de moindre importance. Ce n'est que longtemps après que l'ovariotomie a obtenu la sanction du corps médical et la confiance du public. On laissait les autres tumeurs abdominales suivre leur cours. Parfois, peut-être, à la suite d'une erreur de diagnostic, on enlevait une tumeur utérine, à dessein quelquefois, mais ce n'a été tout d'abord que comme une dernière chance de salut; puis, au bout d'un certain temps, après un certain nombre de succès toujours croissant, on a été amené à admettre l'amputation des tumeurs de l'utérus, ou des parties hypertrophiées de cet organe, parmi ces opérations chirurgicales qui, si elles n'étaient tout à fait acceptées, étaient cependant reconnues comme dignes d'un sérieux examen.

Mais, plus récemment, l'extirpation totale de l'utérus atteint de cancer a été plusieurs fois accomplie, et l'opération de Porro va remplacer l'opération césarienne. L'extirpation de la rate hypertrophiée a été effectuée dans un nombre suffisant de cas pour prouver que c'est plus qu'une possibilité chirurgicale. Non seulement on a guéri par le drainage des kystes du rein et extrait des calculs de cet organe, mais on a enlevé le rein lui-même atteint de lésions, hypertrophié, et déplacé; on a extrait des calculs de la vésicule biliaire; on a drainé des kystes hydatiques du foie suppurés; on a extrait des tumeurs hydatiques péritonéales; et, dans ces dernières semaines, on a rapporté des observations authentiques d'excisions de portions de l'estomac et un cas de guérison après l'extirpation de plus de 6 pieds d'intestin grêle. On a suivi cet exemple en excisant de plus petites portions d'intestin dans l'ovariotomie, et une voie plus hardie a été ouverte, dans ces dernières années, dans les cas d'obstruction intestinale, de blessure ou de rupture de la vessie, et de grossesse extra-utérine. La plupart de ces cas vont vous être soumis tout à l'heure par M. Lawson Tait, dont je n'ai reçu que ce matin le tableau d'une série de cas très remarquables, et que je n'ai pas eu le temps d'examiner.

Comme quelques-uns de ces sujets ont été réservés pour être discutés dans cette section, et d'autres dans la section de médecine et chirurgie obstétricales, je ne m'y appesantis pas plus, et je passe de suite à l'examen de trois points sur lesquels, j'en suis sûr, la lumière se fera à la suite de la discussion qui va avoir lieu. Ils me paraissent avoir les rapports les plus intimes avec les derniers progrès réalisés dans le traitement chirurgical des tumeurs intra-péritonéales, et dans la chirurgie abdominale en général. Ces trois points sont :

1° La réunion des bords divisés ou des surfaces séparées du péritoine;

2° L'emploi de la pince à forcipressure pour empêcher, arrêter, ou diminuer l'écoulement du sang pendant et après les opérations;

3° La pratique du drainage comparée à la méthode antiseptique.

1° Je n'aurais pas pensé qu'il fût nécessaire, après les progrès accomplis dans la chirurgie abdominale, d'insister un peu longuement sur ce que je crois être maintenant un principe fondamental et une règle de pratique acceptée et adoptée par tous les opérateurs de l'expérience la plus consommée, chez nous comme à l'étranger, si je n'avais pas été violemment attaqué par cette société bizarre qui reconnaît à l'homme le droit de tuer les animaux inférieurs pour s'en nourrir, d'employer leurs peaux pour se vêtir, et leurs plumes pour s'en parer, de les faire travailler à sa convenance, et qui lui refuse le droit de s'en servir dans un but scientifique ou dans l'espoir que la race humaine pourra en bénéficier. Ces curieux philanthropes m'attaquent continuellement, parce qu'en 1859 j'ai sacrifié quelques lapins, chiens, et cobayes, afin de démontrer, d'une façon péremptoire et pour toujours, ce fait que l'on pouvait sauver la vie de l'homme, et le mettre à l'abri de souffrances très longues par un perfectionnement dans le procédé de réunion des plaies pénétrantes de l'abdomen. Ils arguent que les résultats observés chez les animaux ne renseignent pas sur ce qui peut arriver chez l'homme; que mes observations n'étaient pas nouvelles et

même fausses, d'après ce que quelques-uns croient; que d'autres pensent que l'ovariotomie a, en résumé, plutôt abrégé que prolongé la vie des femmes; et que sa mortalité n'a pas été diminuée à la suite des connaissances acquises par mes expériences sur les animaux. Naturellement je n'ai prêté aucune attention à ces attaques; mais je veux vous faire voir exactement ce que j'ai fait, et vous rendre juges si, oui ou non, la race humaine a bénéficié de la mort d'environ une douzaine d'animaux, il y a vingt ans. Voici des spécimens que l'on m'a permis d'apporter ici du musée du Collège des chirurgiens. Avant que je vous les fasse passer, permettez-moi de vous dire exactement ce qui m'a conduit à faire des expériences. Les trois premières femmes sur lesquelles je fis l'ovariotomie guérirent toutes trois. La quatrième succomba sans qu'il y ait eu, à mon avis, une raison valable pour expliquer sa mort. L'examen *post mortem* était naturellement pour moi d'un grand intérêt; j'obtins pour le faire l'aide inappréciable de mon ami le Dr Ailken. Nous trouvâmes que l'état de la face interne de la plaie était loin d'être satisfaisant. A cette époque, au lieu des sutures que j'ai adoptées dernièrement, j'employais les épingles à bec-de-lièvre, et les sutures entortillées, pour réunir les lèvres de la plaie, et nous vîmes en même temps que quelques-unes des épingles, sur la face interne de la paroi abdominale, étaient complètement à nu; les bords du péritoine sectionnés étaient rétractés; la plaie se trouvait en contact avec une certaine portion de l'intestin, et y avait marqué son empreinte d'une façon évidente.

Des caillots de sang et une exsudation de lymphe abondante et consistante correspondaient aux bords de l'incision et à la surface de la plaie. Un épanchement récent de lymphe avait fait agglutiner les unes avec les autres les surfaces opposées de l'intestin. Je vis par là combien il eût été préférable que les bords du péritoine aient été soigneusement ramenés en contact et réunis, et je pensais à le faire à la prochaine occasion. Mais je trouvais dans les manuels et traités des recommandations expresses d'éviter le péritoine, de peur qu'une péritonite ne se

développe, ainsi que le redoutent encore maintenant quelques chirurgiens, ou que du pus ne pénètre par les sutures dans la cavité péritonéale. C'est ainsi que je résolus de faire l'expérience plutôt *in corpore vili* que sur des femmes.

Le Dr Richardson a bien voulu m'aider en narcotisant les animaux, les uns avec de la vesse de loup, les autres avec du chloroforme. Sur ces spécimens où les bords divisés, ou plutôt les surfaces du péritoine ont été pressées l'une contre l'autre, vous pouvez voir que le revêtement interne lisse de la séreuse est parfaitement reconstitué. En dedans, on ne voit pas trace de points de suture, tandis qu'ils sont parfaitement visibles sous la peau, et il n'y a aucune adhérence avec les intestins ou l'épiploon. Quand c'est la peau ou une membrane muqueuse qui a été divisée, il faut amener les bords en contact pour assurer l'union directe. S'ils sont intervertis, il y a obstacle à la réunion. Pour les membranes séreuses, c'est l'opposé qui est préférable. Les bords doivent être intervertis et les deux surfaces de la membrane pressées ensemble de telle sorte que l'on ne voie pas les sutures; et l'épanchement de lymphe rend les surfaces si lisses que l'on ne peut pas même distinguer la ligne d'union. Sur ces spécimens, on ne peut l'apercevoir que par la ligne de sutures de la peau. Mais remarquez le contraste de ces autres spécimens, où les autres bords péritonéaux ont été à dessein privés de sutures. Dans tous les cas où l'animal n'a pas été tué au bout d'un ou de deux jours, l'intestin ou l'épiploon adhère à la face interne de la paroi abdominale, complétant ainsi le sac péritonéal, au grand risque d'une obstruction intestinale ou d'une gêne permanente, sans parler du défaut de cicatrisation et de hernie ventrale qui s'ensuit. Il est difficile d'admettre les soi-disant théories d'après lesquelles il ne faudrait pas démontrer ces faits une fois pour toutes sur des animaux narcotisés, mais chercher à découvrir la vérité par l'observation des malades et l'autopsie d'une certaine quantité de femmes. Vous pouvez maintenant examiner les spécimens que je vous présente, qui serviront au musée de notre Collège, et qui serviront, j'en ai la ferme conviction, à dissiper les doutes qui pour-

raient encore subsister sur le meilleur mode d'union des plaies pénétrantes de l'abdomen. Et j'irai plus loin : je prétends que toutes les fois que le péritoine a été divisé, il faut, autant que possible, le réunir. Le péritoine doit être mis en contact avec le péritoine, et on ne peut le faire qu'en l'attirant au-dessus du pédicule, du tronçon ou des parties divisées, et en le fixant ou le réunissant, comme une enveloppe, par une ligne de sutures ou par une suture non interrompue. J'ai déjà tellement insisté sur ces faits dans mes travaux sur les maladies des ovaires, — dans mes leçons faites au Collège des chirurgiens, en 1878, — dans un travail sur l'enlèvement des tumeurs utérines présenté à l'Association médicale anglaise à Cambridge, l'année dernière, et dans plusieurs mémoires récents, que je veux de suite passer à un autre perfectionnement qui a contribué au succès de la chirurgie abdominale, c'est-à-dire :

2° L'emploi de la pince dite à forcipressure. J'ai été, je crois, le premier à remplacer les anciennes pinces (*snip*, *clip*, *bulldog*), si facilement perdues dans l'abdomen,par des instruments plus grands.

M. Nunneley a imaginé la pince tubulaire pour obtenir l'occlusion permanente des vaisseaux sanguins; Kœberlé et Péan, les pinces hémostatiques dont je présente des échantillons de différentes tailles, comme modèles d'instruments nikelés, lisses et puissants, auxquels je donne la préférence. Il y en a de différentes tailles, les uns droits, les autres courbés sous différents angles. Les plus petits sont utiles dans presque toutes les opérations chirurgicales, pour arrêter momentanément une hémorrhagie, avant de faire une ligature, ou pour arrêter une hémorrhagie permanente, par la torsion, en broyant ensemble les tuniques du vaisseau sanguin. Les plus grands sont très utiles pour faire une opération presque sans hémorrhagie, — c'est une façon de remplacer la bande d'Esmarch ou la ligature élastique, quand ces moyens ne peuvent être employés. — C'est surtout dans l'enlèvement des tumeurs utérines que j'en ai apprécié l'utilité. On peut les appliquer comme des crampons temporaires, avant l'amputation de la tumeur, et après

l'opération on peut les enlever l'un après l'autre; tous les vaisseaux sanguins se trouvent ainsi garantis de l'hémorrhagie par une ligature. Cela peut paraître peu de chose, mais cela se trouve être très important dans la pratique de la chirurgie journalière; cela vous vient en aide à chaque moment et est d'une application presque universelle.

3° La question des antiseptiques et du drainage présente une difficulté beaucoup plus grande. Je n'ai pas à m'occuper de la question générale de la chirurgie antiseptique. Un jour spécial est réservé à ce grand sujet, dans cette section. Mais la question du drainage, comparée aux antiseptiques dans la chirurgie abdominale, est assez intéressante pour que j'y consacre quelques minutes avant de terminer. Ce qui me paraît très remarquable, c'est que, tandis que, dans la chirurgie antiseptique générale, le drainage est une partie essentielle, et même une partie fondamentale, dans ma propre pratique de l'ovariotomie et de l'enlèvement des tumeurs utérines, les antiseptiques ont supprimé le drainage. Je n'ai pas employé un tube à drainage depuis plus de trois ans. Autrefois, dans les cas où beaucoup de liquide était collecté dans la cavité abdominale, après une opération, le drainage était regardé comme nécessaire. Si le liquide n'était pas évacué, il se putréfiait et empoisonnait le malade, et alors on devait l'évacuer, ou par une ponction, ou en ouvrant de nouveau la plaie. Depuis que l'on a adopté des mesures antiseptiques, ou bien il ne se fait pas d'épanchement, ou, s'il s'en fait un, le liquide ne devient pas putride et se résorbe sans aucune souffrance et sans amener d'élévation de température. J'avoue avoir eu un cas fatal ou deux où le résultat aurait pu être meilleur si l'on avait employé le drainage. De même, un ou deux où on aurait pu donner issue au liquide par une nouvelle ouverture de la plaie; mais, je le répète, je n'ai pas employé un tube à drainage depuis plus de trois ans, et mon opinion actuelle c'est que je n'en emploirai que dans un cas très exceptionnel. Je suis sûr que nous allons apprendre de M. Thornton et d'autres, qui ont une plus grande expérience du drainage que moi, ce qu'ils pensent eux-mêmes de cette

pratique. L'opinion du corps médical sur ce point n'est pas encore établie; mais, quant à moi, mon opinion est que l'on doit accepter sans réserves la forcipressure, de même que la réunion des surfaces péritonéales dans tous les cas des tumeurs abdominales, et j'ai la ferme conviction qu'en employant toutes les précautions antiseptiques requises, ces opérations peuvent être entreprises avec un espoir de succès bien plus fondé qu'on n'aurait pu le faire il y a quelques années.

(*British medical journal*, 27 août 1881, p. 358.)

REVUE CLINIQUE.

Hôpital Sainte-Eugénie à Lille. — Service de M. Pilat.

TUMEUR CONGÉNITALE
DE LA RÉGION SACRO-COCCYGIENNE.

Par M. Tourneux,
Professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Lille.

La région sacro-coccygienne est le siège de nombreuses tumeurs congénitales d'origine obscure et de composition variée, auxquelles les auteurs ont appliqué des dénominations diverses, telles que : inclusions fœtales, tumeurs mixtes, cystosarcomes, etc.

Dans une revue critique publiée dans les Archives de médecine de 1868, M. Duplay divise ces tumeurs en trois groupes principaux : 1° les inclusions fœtales ; 2° les tumeurs communiquant avec le canal rachidien ; 3° les tumeurs mixtes, comprenant les kystes, les sarcomes, les lipomes, les tumeurs caudales, etc.

Il faut avouer qu'il n'existe aucune délimitation tranchée entre ces deux groupes, et qu'il est souvent impossible de se

prononcer entre une inclusion fœtale et une tumeur mixte proprement dite.

En l'absence de tout stade primitif nous permettant d'assister à la formation des tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne, nous pensons que la comparaison seule de nombreuses observations pourra jeter un certain jour dans leur histoire, et conduire à leur classification méthodique. C'est ce qui nous a déterminé à publier la description suivante relative à une tumeur congénitale observée chez un fœtus du sexe féminin de 7 mois 1/2. Nous résumerons brièvement dans un premier chapitre tout ce qui a trait à l'histoire clinique de l'accouchement de la femme Portebois.

I. — Observation (*rédigée par* M. Bellard *interne du service*).

Le 20 mars 1881, entre dans le service de la maternité la nommée Portebois (Zélia), âgée de 24 ans, primipare, journalière. Cette fille a toujours joui d'une bonne santé, sauf dans les dernières semaines qui ont précédé son entrée à l'hôpital. Elle présente quelques traces de rachitisme, notamment sur le fémur gauche qui est bombé en avant et en dehors. Néanmoins le toucher pratiqué à cet effet ne fait constater aucun rétrécissement appréciable soit dans un sens, soit dans un autre.

Réglée seulement à 17 ans, l'état habituel de la menstruation était néanmoins régulier. Elle a été réglée pour la dernière fois dans les premiers jours de septembre 1880.

Pendant les trois premiers mois de sa grossesse, elle eut des vomissements fréquents, mais à partir du quatrième mois, elle n'eut d'autre particularité à noter qu'un développement plus considérable de l'abdomen que ne le comportait l'époque de sa grossesse. Elle était à 7 mois 1/2, lors de notre examen. Depuis deux jours, elle éprouvait des douleurs abdominales très vives qui troublaient son sommeil et lui faisaient croire qu'elle allait accoucher. A l'examen de cette femme, M. Pilat constate l'état suivant : abdomen très développé, le fond de l'utérus distendu remonte jusqu'au creux épigastrique, difficulté de sentir par le palper les parties fœtales qui se déplacent et fuient à la moindre pression ; toutefois, vers le segment inférieur de l'utérus, à

la hauteur du détroit supérieur, sensation d'une tumeur arrondie, résistante,qui fuit également sous la moindre pression.

L'auscultation fait reconnaître des bruits du cœur du fœtus très faibles sur la ligne de jonction de l'ombilic à l'éminence iléo-pectinée du côté droit. Tout fait donc présumer que l'on a affaire à une présentation du sommet en position O.I.D.A. Mais les parties étant très mobiles au milieu du liquide amniotique très abondant, il fallait le toucher vaginal pour avoir une opinion arrêtée ; celui-ci toutefois fut presque négatif, on constata seulement que le col situé très haut commençait à s'amincir ; quant au ballotement,on ne pouvait le produire. Diagnostic : hydramnios, grossesse à 7 mois et demi environ, accouchement prématuré probable.

Pendant les jours qui suivent cet examen auquel ont assisté les élèves, les douleurs deviennent plus vives, plus rapprochées, la gêne de la respiration est plus accentuée encore, à cause du refoulement du diaphragme par les viscères abdominaux; l'appétit se perd peu à peu, le sommeil devient pénible et presque nul, malgré les 5 centigr. d'extrait d'opium qui sont administrés le soir.

Le 24, la diarrhée survient et persiste avec une certaine ténacité.

Le 30, M. Pilat, voyant qu'il ne se produisait aucun changement favorable dans l'état de la patiente, résolut d'agir, en provoquant l'accouchement prématuré artificiel. Pour cela il chercha à pénétrer dans le col avec l'index de la main droite; en peu de temps il parvint à dilater celui-ci suffisamment pour pouvoir introduire dans son intérieur l'extrémité du perce-membrane; aussitôt la poche des eaux rompue, il s'écoula par la vulve 2 à 3 litres de liquide amniotique d'une coloration rougeâtre due à son mélange avec du méconium.

Après la ponction qui eut lieu à 9 heures du matin, la femme fut soulagée,mais vers 11 heures les douleurs reparurent et se firent sentir vers la région lombaire, et les deux flancs; d'abord espacées, elles devinrent bientôt continues.

Le retrait des parois utérines permit alors de sentir le siège du fœtus placé en haut et à droite et le dos tourné du même côté. Le col un peu dilaté permit également de connaître par le toucher vaginal la direction de la suture longitudinale qui était parallèle au diamètre oblique droit du bassin; le diagnostic porté au moyen de l'auscultation put être établi définitivement.

Vers 2 heures du soir, le col était dilaté et la tête du fœtus complètement descendue dans l'excavation du bassin, occiput à droite, der-

rière la cavité cotyloïde; un quart d'heure après la tête était expulsée et se trouvait hors de la vulve, ainsi que le tronc jusqu'à l'ombilic, mais le reste du corps ne put être expulsé malgré les contractions très énergiques de l'utérus ; il paraissait retenu dans cette position par un obstacle inconnu. La main droite introduite dans les parties génitales alla à la recherche des membres inférieurs et les amena successivement hors de la vulve ; malgré cela l'enfant était toujours retenu par le siège et il fallut des tractions un peu énergiques pour dégager la tumeur qui siégeait sur les fesses et était du volume d'une petite tête de fœtus ; l'enfant était vivant, mais il s'était produit pendant l'extraction quelques éraillures sur la peau qui unissait la tumeur à la région coccygienne.

L'enfant vécut une heure environ.

La délivrance se fit naturellement et la femme se rétablit en peu de temps sans incident à noter.

C'est à cette tumeur qui constitue une des variétés des monstres caractérisée par deux corps unis dos à dos par la partie inférieure de la colonne vertébrale qu'était due la difficulté imprévue dans le mécanisme de l'extraction du fœtus, qui en pareil cas, cependant, est très souvent expulsé par les seules forces de la nature et sans mutilation préalable. Cela s'explique par ce fait sur lequel on est à peu près d'accord, que ces accouchements sont généralement prématurés et que les enfants étant par cela même moins volumineux opposent moins de résistance que ceux qui arrivent à terme.

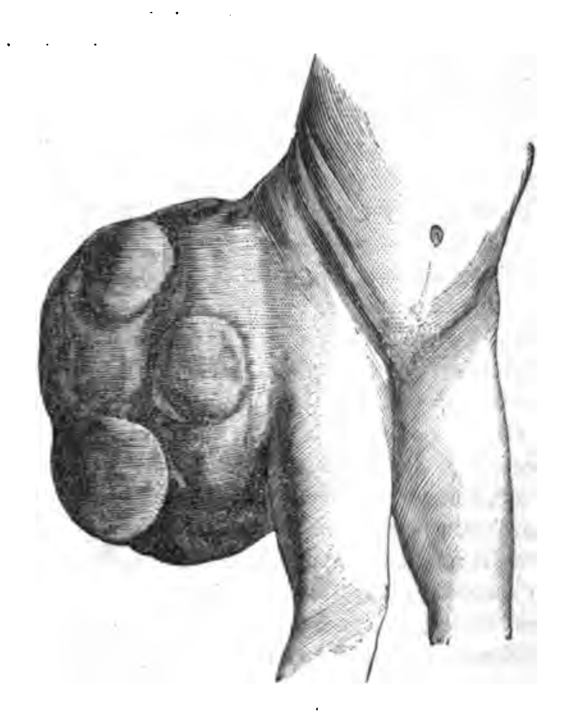
Si cependant, après des tractions sur la tête ou les pieds suivant la présentation, l'extraction devenait impossible et si l'enfant avait cessé de vivre, il vaudrait mieux pratiquer l'embryotomie que de continuer trop longtemps des tentatives infructueuses et exposer la femme à des déchirures des organes maternels ; dans le cas où la tumeur serait demi fluide, mieux vaudrait pratiquer d'abord la ponction.

II. — *Description de la tumeur.*

La tumeur, volumineuse et à surface bosselée, occupe toute la région caudale du fœtus. Elle remonte en arrière jusqu'à l'angle sacro-vertébral, tandis que latéralement elle recouvre complètement les fessiers ; en avant elle se termine au niveau de

l'arcade du pubis. Elle semble surtout s'être développée entre l'extrémité inférieure de la colonne vertébrale (sacrum et coccyx), que l'on sent très nettement en haut et en arrière, et le rectum dont l'orifice anal, légèrement déjeté à gauche, occupe sa partie supérieure et antérieure à 1 centimètre au-dessous de la vulve. Les trois dimensions sont les suivantes. Diamètre transversal, 14 centimètres, diamètres antéro-postérieur et vertical, 8 centimètres.

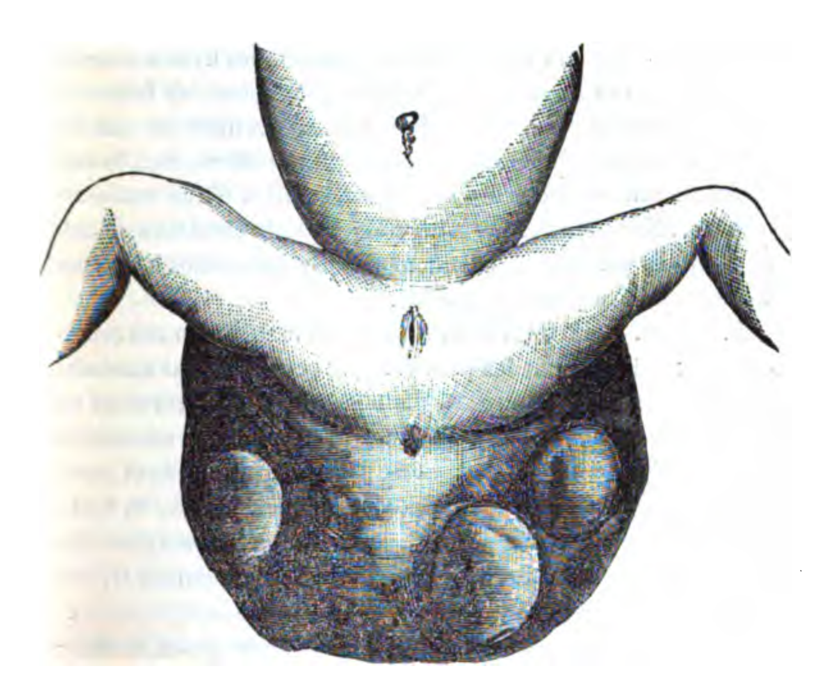
. . . .



En ouvrant l'abdomen, on constate que la tumeur remplit toute l'excavation pelvienne. Le vagin étiré par suite du refoulement de la vulve en avant, et comprimé contre l'arcade pelvienne, présente un étranglement très accusé en sa partie moyenne. Il mesure une longueur totale de 3 centimètres 1/2. L'utérus et les ovaires sont normaux, ainsi que les organes uri-

naires. Signalons cependant un allongement de l'urèthre (2 c.) reconnaissant vraisemblablement la même cause que celui du vagin.

En regard du pubis, le tube digestif se trouve interrompu sur une étendue de 2 centimètres environ. Son bout supérieur, gorgé de méconium, se termine par une extrémité effilée intérieurement accolée au péritoine, son bout inférieur, arrondi en cul-de-sac à sa partie profonde, mesure une longueur de 2 centimètres. Nous devons rechercher par l'étude approfondie du bourgeon anal, si cette interruption du tube digestif est la conséquence d'un arrêt de développement, ou le simple résultat de la compression exercée par la tumeur.



Les ganglions du bassin sont considérablement hypertrophiés, ils forment de chaque côté un chapelet volumineux en avant du psoas.

En arrière la tumeur coiffe le sacrum et le coccyx, et se prolonge à l'intérieur du canal sacré dans une étendue de 1 centimètre 1[2 à partir de la base du coccyx, contractant des adhérences profondes avec les enveloppes médullaires. Elle reste toutefois indépendante du corps de la moelle épinière qui se termine en pointe au niveau de la troisième vertèbre lombaire, et donne naissance comme de coutume au plexus terminal que l'on peut suivre jusqu'au bord supérieur de la tumeur (1).

La composition complexe des tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne, et l'agencement irrégulier des parties qui les constituent se refusent pour ainsi dire à toute description méthodique. A ce point de vue notre tumeur ne fait pas exception à la règle. On y rencontre en effet, comme dans la plupart des tumeurs mixtes de cette région, des kystes remplis de sérosité, des nodules cartilagineux, et encore des faisceaux de fibres musculaires striés, des amas ou traînées de cellules épithéliales, rappelant des formations glandulaires, etc., le tout distribué sans aucun ordre apparent au milieu d'une trame lamineuse. Nous étudierons successivement la structure de chacune de ces parties, en commençant par les cavités kystiques de beaucoup les plus importantes.

A. *Kystes.* — Le tissu de la tumeur est creusé de nombreuses cavités kystiques dont les plus volumineuses peuvent atteindre jusqu'à 5 ou 6 centimètres de diamètre. Leur configuration est essentiellement variable. Quelques-uns absolument sphériques possèdent une surface interne lisse sans excavations de la paroi, ni saillies à l'intérieur de la poche tandis que d'autres, de forme irrégulière, envoient des prolongements simples et ramifiés dans le tissu ambiant. Toutes ces excavations contiennent un liquide

---

(1) Cette configuration normale de la moelle épinière ne permet aucune assimilation de la tumeur qui fait l'objet de ce travail avec les malformations de la région lombo-sacrée connues sous le nom de fissures spinales. Ces dernières résultent en effet d'un arrêt de développement de l'extrémité inférieure de la moelle que l'on retrouve toujours comme partie constituante des parois de la tumeur. (Voy. F. Tourneux et Martin. *Contribution à l'histoire du spina bifida. Journ. de l'anatomie*, 1880.)

transparent, d'un jaune citrin, se troublant sous l'influence de la chaleur et se coagulant par l'addition de quelques gouttes d'acide azotique.

La membrane épithéliale qui constitue leur revêtement interne présente également des modifications notables, non seulement suivant les différents kystes, mais encore suivant les différents points envisagés d'un même kyste.

C'est ainsi qu'une cavité, tapissée sur une certaine étendue par une couche endothéliale analogue à celle des reuses pourra montrer plus loin une couche épithéliale formée d'un seul plan de cellules cubiques ou cylindriques, ou même plusieurs étages de cellules rappelant un épithélium pavimenteux stratifié. On peut dire toutefois que c'est la forme prismatique ou cylindrique qui prédomine. Tantôt les cellules sont alignées sur une seule rangée avec ou sans cils vibratiles, tantôt au contraire elles se déposent sur plusieurs couches comme dans l'épithélium prismatique stratifié de la trachée. Dans ce cas, les cellules prismatiques superficielles garnies de cils vibratiles à leur surface libre reposent sur un lit de petites cellules polyédriques. Il arrive même parfois qu'au milieu d'un revêtement pavimenteux stratifié, on rencontre de distance en distance des cellules cylindriques enclavées et comme perdues au milieu de cellules polyédriques ou pavimenteuses.

En dehors de cette couche épithéliale la paroi lamineuse des kystes ne se distingue généralement pas de la trame ambiante avec laquelle elle est en continuité directe de tissus. Nous devons toutefois mentionner dans la paroi de quelques kystes et au voisinage de l'épithélium la présence d'éléments fusiformes et disposés parallèlement à la surface, et formant en quelques points une couche de 10 à 15 μ d'épaisseur. La coloration jaune orangé que prennent ces éléments sous l'influence du picro-carmin et la forme en bâtonnet de leur noyau, tendraient à les rapprocher des fibres musculaires lisses. La tumeur ayant été conservée partie dans l'alcool et partie dans le liquide de Muller, il nous a été impossible d'étudier sur eux la réaction caractéristique de l'acide azotique.

B. *Trainées épithéliales et auras épithéliaux d'apparence glandulaires.* — Nous rapprocherons des formations kystiques précédentes des trainées de cellules épithéliales polyédriques avec ou sans lumière australe, anastomosées les unes avec les autres, et parfois ramifiées à l'une de leur extrémités à la manière de conduits glandulaires. Par place ces cordons épithéliaux pelotonnés les uns sur les autres, ou couverts de bourgeons latéraux constituent de petits amas globuleux de 1 à 2 millimètres rappelant la configuration d'une glande acineuse en voie de formation.

Ces trainées épithéliales nons paraissent devoir représenter le premier stade d'évolution des cavités kystiques. Que certains bourgeons viennent en effet à se détacher de la masse commune comme le fait se produit normalement dans le développement de la thyroïde; que de plus leur cavité centrale s'agrandisse par la production croissante de liquide, et nous aurons une série de kystes plus ou moins développés et indépendants les uns des autres. La dilatation d'une trainée épithéliale tout entière avec ses expansions latérales, devra de même donner naissance à une cavité anfractueuse, dont le revêtement épithélial pourra subir dans la suite des modifications diverses.

C. *Nodules cartilagineux et lamelles osseuses.* — Sur la ligne médiane on trouve en plus des parties précédentes (kystes et auras épithéliaux) de petits nodules cartilagineux mesurant de 1 à 10 millimètres de diamètre, et enveloppés d'une couche lamineuse à fibres serrées qui leur constitue une sorte de périchondre. Tous ces nodules sont formés de tissu cartilagineux hyalin, généralement dépourvu de conduits vasculaires, seuls les plus volumineux sont pénétrés de distance en distance par un vaisseau sanguin accompagné de quelques éléments lamineux, sans qu'on puisse découvrir sur aucun d'eux trace d'ossification. Leurs chondroplastes, petits, sphériques ou irréguliers, ne renferment qu'une seule cellule cartilagineuse comme dans les cartilages embryonnaires. Le tissu osseux n'est représenté que par quelques petites lamelles développées au sein du tissu

lamineux dont l'épaisseur ne dépasse pas 1 dixième de millimètre. Elles sont tapissées sur leurs deux faces d'ostéoplastes comme dans le cours du développement normal, et même en quelques points d'éléments plus volumineux, finement granuleux et à noyaux multiples, offrant tous les caractères des myéloplaxes. Les cavités ostéoplastiques de la substance fondamentale sont volumineuses, serrées les unes contre les autres; quelques-unes de ces excavations communiquent largement entre elles.

D. *Fibres musculaires striées.* — A ces nodules cartilagineux se trouvent annexées des fibres musculaires striées en voie de développement qui viennent s'implanter directement sur le périchondre. Leur diamètre est en moyenne de 9 μ. Au voisinage des lamelles osseuses les fibres musculaires sont plus réduites, et à striation transversale moins accusée.

E. *Prolongement de la tumeur dans le canal sacré.* — Nous avons indiqué précédemment la pénétration de la tumeur à l'intérieur du canal sacré dans une étendue de 1 centimètre 1/2 environ, et ses rapports avec l'extrémité inférieure du filum terminale. De nombreuses coupes pratiquées sur la tumeur dans cette région ne nous ont pas permis toutefois de retrouver le canal de l'épendyme dans son épaisseur. Son prolongement sacré est exclusivement constitué de tissu lamineux ou fibreux, sans cavités kystiques, avec de petits amas de vésicules adipeuses. Il est traversé en plus par les racines médullaires qu'il englobe jusqu'au voisinage de leurs ganglions. Dans ses couches périphériques il se confond entièrement avec les enveloppes médullaires.

Contrairement à l'assertion de quelques observateurs, nous n'avons rencontré dans la tumeur aucune partie offrant la composition habituelle de la substance grise des centres nerveux. On trouve bien çà et là des accumulations de petites cellules sphériques plongées dans une substance finement granuleuse, mais l'abondance des éléments cellulaires, l'absence de toute

cellule nerveuse nettement caractérisée, et la teinte noire de la matière interposée (après action du picro-carmin) s'oppose à toute assimilation avec un tissu de nature nerveuse.

F. *Peau.* — La peau qui recouvre la tumeur ne présente pas de modifications notables. La surface du derme est lisse, sans élevures papillaires, comme dans toutes les distensions exagérées de cette membrane (poches des fissures spinales) L'épiderme continue à envoyer dans les profondeurs des involutions glandulaires, moins développées peut-être que dans le voisinage du sillon qui limite la tumeur; il possède du reste ses deux couches fondamentales dont l'épaisseur n'est pas diminuée.

G. *Modification des organes voisins.* — Nous n'insisterons pas sur les modifications du vagin et de l'urèthre qui sont le résultat manifeste de la compression exercée par la tumeur. On peut en dire autant de la division que nous avons signalée à la partie inférieure du tube digestif.

Dans les imperforations anales congénitales qui résultent d'un arrêt de développement de l'intestin postérieur, le revêtement épithélial du cul-de-sac anal se rapproche en effet sensiblement de l'épiderme dont il dérive (1). Ici au contraire l'extrémité profonde du bourgeon possède la composition du rectum avec ses deux couches musculaires, sa muqueuse, ses follicules, et son épithélium prismatique parsemé de cellules caliciformes. Ce n'est qu'à une distance de 1 centimètre 1/2 du fond que commence la muqueuse anale dont la hauteur est en moyenne de 1 millim. 2. (2).

(1) Pour le développement de l'extrémité inférieure de l'embryon et en particulier de l'invagination cloacale, consulter le travail inaugural de M. Herrmann, *Sur la structure et le développement de la muqueuse anale,* Paris, 1880.

(2) D'après les mensurations de M. Herrmann, la hauteur de la muqueuse anale prise entre les deux lignes ano-rectales et ano-cutanée qui en marquent les limites anatomiques, varie de 5 à 12 millimètres sur l'adulte.

Comme à l'état normal, l'épithélium de cette muqueuse, d'abord prismatique stratifié, se modifie progressivement et devient pavimenteux stratifié au voisinage de sa continuité avec l'épiderme.

Nous avons recherché avec soin, par la dissection d'abord, et ensuite par des coupes transversales, si l'extrémité inférieure du tube digestif ne se recourbait pas en arrière et n'entrait pas en relation avec les cavités kystiques de la tumeur en arrière du péritoine ; nous n'avons observé nulle part trace de communication. Il est du reste facile de suivre cette extrémité effilée jusqu'à sa terminaison, et de constater sur elle, après une simple diminution de calibre, la disparition successive de toutes les couches du rectum.

CONCLUSION.

La désignation qui conviendrait le mieux à la tumeur que nous venons de décrire est assurément celle de tumeur mixte. Mais ce terme s'applique exclusivement à sa composition complexe et ne nous fournit aucun renseignement sur sa nature, non plus que sur son mode d'origine.

Dans un travail récent sur les monstruosités de l'homme (Die Miosbildungen des Menschen, Leipsig 1880-81), Freidrich Ahlfeld propose après Virchow de réunir toutes les tumeurs congénitales de la region sacro-coccygienne dans un même groupe sous le nom de *Teratomes congénitaux du sacrum* (congenitale Sacraltératome). Alors même, dit-il, que ces tumeurs ne renferment aucune partie dont la forme rappelle un organe fœtal, il est hors de doute que leur constitution se rapproche essentiellement de celle des acardiaques les plus rudimentaires, et cependant personne n'a jamais songé à désigner les acardiaques sous le nom de cystosarcomes. Les tumeurs mixtes de la région sacro-coccygienne seraient ainsi assimilées à des sortes de monstres omphalosites plus ou moins entravés dans leur développement, elles rentreraient dans le groupe des inclusions

fœtales. Ce qui nous paraît surtout devoir plaider en faveur d'une pareille hypothèse, c'est l'indépendance complète dans notre cas des organes voisins du fœtus et spécialement de la moelle épinière, n'affectant avec le tissu de la tumeur que de simples connexions de vascularité. Il convient d'ajouter toutefois que nous manquons de toute donnée certaine sur le mécanisme de l'englobement de ces monstres, ainsi que sur la cause de leur fréquence dans la région sacro-coccygienne.

LEIOMYOMA PURUM COLLI UTERI.

Cas de la clinique gynécologique du professeur Lazarevitch à Kharkoff.

Par V. Favre.
Médecin ordinaire de la Clinique d'accouchement de l'Université de Kharkoff.

Appendice au procès-verbal de la Société de médecine de Kharkoff, n° 16, 1878.

Le 27 janvier 1878, à la clinique du professeur Lazarevitch, fut admise une juive, Aimée Steinberg. Questionnée sur l'état antérieur de sa santé, elle répondit qu'elle était âgée de 32 ans ; à 14 ans passés, elle eut ses premières règles, qui, dans la suite, se répétèrent de trois semaines en trois semaines, et durèrent chaque fois de trois ou quatre jours avant, et de cinq ou six jours après son mariage qu'elle conclut à 16 ans passés.

Dès sa vingt-et-unième année, qui correspond à la naissance de son troisième enfant, malgré d'heureuses couches et la marche normale de la période postpuerpérale, notre malade fut atteinte de blennorrhée, et elle commença à se plaindre, pendant ses règles, de douleurs au ventre et au sacrum qui l'empêchaient de bouger et la forçaient de garder le lit pendant trois jours et plus. A 23 ans, elle accoucha pour la quatrième fois ; puis il y eut une pause de sept ans, pendant laquelle Mme Steinberg ne remarqua guère de changement dans l'état de sa santé. Enfin,

au mois de juin 1866, Mme Steinberg accoucha pour la cinquième fois.

Cette fois les couches furent extrêmement laborieuses et durèrent trois jours. Le nouveau-né était dans un état de mort factice. Tous les enfants de Mme Steinberg étaient du sexe féminin. A l'exception du second, elle les a tous allaités elle-même : le premier, pendant onze mois ; le troisième, pendant douze ; le quatrième onze, et le cinquième douze mois. Somme toute, notre malade a employé à l'allaitement de ses enfants un peu moins de quatre ans. La menstruation ne se rétablissait entièrement que trois mois après les couches. Les règles qui apparurent au terme normal en mai 1877 ne se terminèrent plus, et l'excrétion de sang par les parties génitales, accompagnée de douleurs croissantes dans la région du basventre et du sacrum, de fréquents appels à l'émission de l'urine, de la constipation, de la faiblesse générale, de l'inappétence, des maux de tête, des nausées et des vomissements durent jusqu'à présent.

Vers la fin de décembre, l'hémorrhagie s'accrut et la malade sentit tout à coup des douleurs contractives dirigées du sacrum au bas-ventre, et qu'elle comparait aux douleurs de l'enfantement. Ces douleurs durèrent pendant trois ou quatre heures, après quoi, d'un côté les appels à l'émission de l'urine et l'hémorrhagie devinrent moins intenses, d'autre part les constipations devinrent plus douloureuses pour la malade, à tel point que la défécation ne s'obtenait que par des lavements.

L'examen extérieur de la malade fit conclure qu'elle était d'une taille un peu au-dessus de la moyenne, d'une forte constitution ; ses systèmes osseux et musculaire étaient développés normalement ; le tissu adipeux était très riche en graisse. Dans la région inférieure des enveloppes abdominales se trouvaient des cicatrices ayant l'aspect de bandes argentées. Les glandes pectorales étaient pendantes et flasques, l'aréole du mamelon était légèrement pigmentée. Quant aux mamelons eux-mêmes, ils ne faisaient saillie que de 1/2 centimètre ; les muqueuses visibles étaient anémiques. Les grandes lèvres de la vulve sont lé-

gèrement enflées, les lèvres mineures sont dans un état œdémateux faiblement marqué, les parois du vagin, fortement visqueuses, sont tendues par un corps résistant, de forme ovoïde, grand comme un œuf d'oie, dont la surface est comme velue. Ce corps, rétréci à l'orifice de la matrice, est solidement serré par les rebords de l'orifice utérin externe, à l'endroit où le diamètre dudit corps n'atteint que 1 cent. 1/2; il en résulte qu'il est impossible de pénétrer dans le canal du col de la matrice pour arriver au point d'attache de la tumeur polypiforme que nous avons trouvée dans le vagin.

Les excrétions du vagin, mêlées de caillots de sang, sont d'une odeur repoussante, d'une couleur brun sale, et de plus sont très abondantes. Sa percussion et l'auscultation de la cavité thoracique dénoncent une légère bronchite; près de la cime du cœur s'entend un léger bruit métallique. Les limites supérieures du foie et de la rate sont à leurs places normales; il est difficile de fixer leurs limites inférieures, vu le gonflement exorbitant des intestins, manifesté par le son clairement tympanique que l'on obtient par la percussion de toutes les régions de l'abdomen. Le 28 janvier matin, la température s'était élevée à 38-9 de 37 qu'elle était la veille au soir; le pouls de 81 à 97. Le volume d'urine de vingt-quatre heures était de 976 cc., en poids spécifique de 1,017, sa réaction était acide. L'analyse qualificative ne montrait pas d'altération dans sa composition normale. Le 4 février, Mme Steinberg subit l'opération; la tumeur fut enlevée par écrasement de son pédicule, au moyen du constricteur du professeur Lazarevitch. L'hémorrhagie fut insignifiante. L'exploration digitale du canal du col de l'utérus démontre que le pédicule de la tumeur extirpée était fixée à la paroi postérieure dans la région de l'orifice intérieur. Le 27 février, Mme Steinberg sortit de la clinique.

Ce jour, les observations journalières du praticien portaient : « La malade se sent très bien; les douleurs aux reins, au bas-ventre et aux jambes ont cessé; l'hémorrhagie est arrêtée; la malade ne se plaint plus d'oppression au creux de l'estomac; l'estomac fonctionne bien; l'appétit est satisfaisant. »

La surface de l'incision faite à la tumeur immédiatement après sa séparation de la surface-mère était privée de sang, d'une couleur rouge grisâtre, d'un aspect translucide, et molle au toucher. Voulant définir la nature histologique de l'enveloppe externe de la tumeur, et ayant fait dans ce but des coupes perpendiculaires à la surface disposée du côté de la paroi vaginale, je n'obtins que des résultats négatifs, probablement à cause du procès ulcéreux diffus de ces parties; en deux ou trois endroits seulement, je rencontrai quelques cellules d'épithélium pavimenteux complètement isolées du tissu attenant. La masse qui prévalait dans la substance de la tumeur elle-même était composée de fibres musculaires lisses, au milieu desquelles étaient parsemées çà et là des cellules rondes, ovales et oblongues, avec un noyau clair, un protoplasma plus sombre et de un à trois nucléoles; dans ces cellules, surtout dans les oblongues, le noyau était situé à l'un des bouts; il y avait des cellules dont un bout était pointu et l'autre arrondi. En un mot, nous avons apparemment trouvé toutes les formes d'isolement des fibres musculaires lisses. Les cellules musculaires trouvées formaient tantôt une masse compacte, tantôt s'enchevêtraient et divergeaient dans diverses directions; dans le sens de leur longueur comme dans celui de leur largeur, elles étaient beaucoup plus grandes que les cellules normales que nous trouvons ordinairement dans la couche musculaire de la matrice, hors de la période puerpérale. C'était surtout leur longueur qui sautait aux yeux. Il nous arrivait de trouver une cellule musculaire dont les deux bouts sortaient du champ du microscope à un grossissement de 300 diamètres. Le protoplasme des fibres était faiblement granulé. Au centre de chaque fibre se trouvait un noyau en forme de bâtonnet à bouts arrondis; il y avait des fibres à deux noyaux. Remarquons que le cas était très rare. Le noyau contenait de 2 à 5 nucléoles. Les préparations destinées à l'examen microscopique étaient obtenues par dissection; de fines coupes furent aussi pratiquées. Parmi les réactifs employés pour isoler les fibres musculaires figure la potasse caustique à 36 0/0; pour mettre en évidence les noyaux, on employa l'acide acéti-

que à 1,6 0/0. Quant à la réaction des principes dissolvants de l'acide acétique et de la potasse caustique envers les éléments cellulaires, c'étaient les corps ayant la forme mentionnée plus haut qui manifestaient le plus de résistance, surtout les corps ronds. Cette tumeur fut soumise à l'examen du professeur Krilow.

J'ai pris la liberté, messieurs, d'attirer votre attention sur ma communication pendant cette soirée, précisément à cause de l'extrême rareté des cas où l'on a pu trouver des leiomyômes dans la pure acception du mot. Klebs, dans son Manuel d'anatomie pathologique (p. 631), dit n'avoir vu qu'une seule fois un pur leiomyôme de l'utérus, extirpé par Lücke, et qui avait son siège dans le col de la matrice. La dimension de cette tumeur était de deux largeurs de doigt; sa forme cylindrique arrondie.

Quant à sa construction microscopique, elle était analogue à la nôtre.

Dans le courant des quatorze dernières années, dans la littérature russe et allemande, je n'ai eu qu'une fois la chance de trouver dans le Virchow's Jahresbericht de l'année 1870 (Erster Band, p. 187) un cas, décrit par Hertz, où, huit jours après les couches d'une femme de 40 ans, une tumeur, grande comme une pomme moyenne, et dont la masse prédominante était formée de fibres musculaires lisses, sortit du col de l'utérus. Néanmoins, à côté des cellules musculaires ordinaires, indépendamment de certaines cellules rondes primitives, il y en avait dont l'un des bouts, ou les deux bouts même, se divisaient en deux branches et plus.

Lovey (*Virchow's Jahresbericht*, 1867, Zweiter Band, *dritte Abtheilung*, p. 622), parlant du mode de terminaison des nerfs dans les fibres musculaires lisses, ne fait que mentionner en passant qu'il a effectué des recherches sur un polype formé de fibres musculaires lisses. La pauvreté de la littérature gynécologique en fait de semblables tumeurs, indépendamment de la rareté effective des leiomyômes purs, provient en outre de ce fait qu'au point de vue anatomo-pathologique, il règne jusqu'à ce jour une certaine obscurité dans la nomenclature des néoplasies

de la matrice du type conjonctif, musculaire, ou de ces deux types mêlés, et il arrive souvent de rencontrer la désignation myoma, au lieu de fibromyoma, ou bien cette dernière appellation appliquée aux polypes de nature purement fibreuse. Peu s'en faut que vous ne trouviez à chaque pas la description d'une tumeur fixée par un pédicule soit dans le vagin, soit dans la cavité de l'utérus, soit dans son col, en lui appliquant simplement la désignation de polype, et sans dire mot de sa constitution histologique. Or, il serait grand temps, il me semble, en gynécologie comme ailleurs, pour classer une tumeur à telle ou telle place de la série des néoplasies pathologiques, de ne pas se fier aux indications que nous fournit l'œil nu, mais de se guider dans le tableau qui ne peut être transmis à notre conscience que par le microscope, ce précieux instrument qui ouvre à l'homme les recoins les plus intimes de la nature.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Infection tuberculeuse, par les liquides de sécrétion et la sérosité des pustules de vaccin. — Note de M. H. Toussaint, présentée par M. Bouley. — La salive, le mucus nasal et l'urine d'animaux tuberculeux peuvent transmettre la tuberculose; pour les deux premiers liquides, la démonstration en a déjà été faite par M. Villemin, qui opérait de l'homme aux animaux; je ne connais aucune relation de transmission par l'urine.

C'est avec des sécrétions provenant d'une vache que les expériences suivantes ont été faites.

L'inoculation a été faite à la lancette, à la base de l'oreille de trois lapins avec le liquide clair et visqueux qui s'écoule ordinairement de la narine de la vache tuberculeuse; deux semaines après l'opération, les lapins présentaient des tubercules locaux et déjà une augmentation de la consistance et du volume du ganglion parotidien; la maladie

a suivi sa marche habituelle ; le soixante-dixième jour après l'inoculation les animaux ont été tués, et tous présentaient une quantité considérable de tubercules dans le poumon, dont quelques-uns montraient des matières caséeuses au centre ; le plus grand nombre étaient encore à l'état de granulation grise.

Des expériences semblables ont été faites le même jour avec la salive retirée de la bouche de la vache tuberculeuse ; elles ont donné des résultats semblables ; je dois dire cependant que dans ce dernier cas les lésions pulmonaires étaient un peu moins avancées, le tubercule local était peu apparent à travers la peau, mais le ganglion accusait nettement son existence et on le trouvait très petit dans le tissu conjonctif sous-cutané.

Une injection de quelques gouttes d'urine de truie a été faite à la base de l'oreille d'un lapin presque adulte. Après quelques semaines, ce lapin a commencé à maigrir, il est mort, après quatre mois, de pneumonie caséeuse.

On peut tirer, je pense, de ces expériences, des conséquences importantes au point de vue des précautions hygiéniques à prendre dans les abreuvoirs publics. Il arrive aussi que dans les laiteries les animaux de l'espèce bovine qui sont renfermés dans une même étable, très rapprochés généralement, deviennent successivement tuberculeux, ce qu'ils accusent surtout par la toux, l'embompoint restant communément assez bon, vu la nourriture qui leur est donnée. On cherche à expliquer souvent ce fait par des conditions communes d'air, de lumière et d'alimentation. J'estime qu'il y a plus que des situations hygiéniques, et que dans la plupart des cas il y a contagion. Dans ses belles recherches sur l'infection par les voies digestives, M. Chauveau a parlé de l'infection par l'usage d'un baquet commun chez des génisses. J'ai moi-même signalé un fait de ce genre chez le porc. Or, les animaux qui vivent dans les étables boivent et mangent dans des vases communs ; on ne fait pas la moindre différence entre les animaux atteints de phthisie et ceux qui n'en présentent pas les symptômes, et il s'ensuit, en raison des contacts médiats ou immédiats, que la contagion passe inaperçue.

Sur la même vache tuberculeuse, j'ai institué des expériences qui me paraissent avoir une certaine importance au point de vue de la contagion qui peut résulter de la vaccination, lorsque le vaccin a été pris sur un sujet tuberculeux.

Avec le vaccin recueilli sur une belle pustule d'un enfant en excel-

lente santé et provenant de parents robustes, j'ai fait à cette vache sept piqûres autour de la vulve. Quelques jours après, les pustules se montraient en nombre égal aux inoculations. Le septième et le huitième jour, ces pustules étant ombiliquées, j'inoculai la sérosité à quatre lapins et à un porc; deux lapins tués deux mois après ont montré toutes les lésions de la tuberculose, tubercule local ganglionnaire et pulmonaire; le porc présente en ce moment un tubercule local bien développé; il ne sera tué que plus tard, mais il est certain qu'actuellement il y a déjà généralisation et qu'il est tuberculeux.

Au moment où la vaccination peut devenir obligatoire et avec les tendances actuelles, qui sont de faire passer le vaccin par les animaux de l'espèce bovine, il est nécessaire de bien choisir les sujets qui devront être les producteurs du vaccin. Ce n'est qu'après un sérieux examen de toutes les conditions par lesquelles a passé l'animal qu'il pourra être inoculé et servir à la reproduction du vaccin. Cet examen devra aussi être fait chez tous les enfants ou adultes dont les pustules doivent fournir l'élément nécessaire aux vaccinations.

M. Vulpian croit qu'il ne faut accepter que sous toutes réserves les conclusions que M. Toussaint à tirées de ses recherches. On sait que, chez le lapin, on a pu déterminer la tuberculose expérimentale dans des conditions très diverses, et en particulier sans introduction d'une matière animale quelconque dans l'organisme de cet animal. Il faudrait donc, pour que les faits observés par M. Toussaint fussent à l'abri de toute contestation, qu'ils eussent été reproduits un grand nombre de fois avec les mêmes résultats et, autant que possible, sur des animaux autres que le lapin et le porc.

(*Séance du* 8 *août* 1881.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Polaillon rappelle que, dans la séance du 23 avril 1879, il a lu un rapport sur un travail de M. Wasseige, professeur de clinique obstétricale à l'Université de Liège, qui appréciait le forceps Tarnier et le jugeait défavorablement. Mais les nombreuses modifications subies par cet instrument, et la suppression de la courbure périnéale, le font

revenir sur son appréciation, et il rapporte aujourd'hui quatre observations dans lesquelles ce forceps modifié, appliqué sur la tête, a pleinement répondu au but que son auteur s'était proposé. En résumé, M. Wasseige convient que le forceps Tarnier, tel qu'il a été modifié, peut rendre de grands services : « Il est aussi facile à appliquer que le forceps ordinaire, et permet à l'opérateur de tirer parfaitement suivant les axes. Il diminue les pressions nuisibles en permettant à la tête d'évoluer en tous sens. C'est le meilleur forceps que nous connaissions. »

Tumeurs solides des ovaires, par M. NICAISE.

OBS. I. — *Tumeur fibreuse de l'ovaire gauche, avec quelques petits kystes Ovariotomie.*

Femme de 54 ans, journalière, réglée à 14 ans; régles régulières, mais abondantes et parfois douloureuses. Cette femme a eu trois enfants, le dernier il y a vingt-cinq ans. Ménopause à 46 ans.

En 1868, cette femme s'aperçut, par hasard, qu'elle portait dans le ventre une tumeur dure, mobile, du volume d'une pomme, située à peu près au-dessus du pubis, et indolente. Jusqu'à 1879, elle ne s'inquiéta pas de sa tumeur qui semblait même avoir disparu.

Il y a deux ans, elle éprouva quelques coliques et retrouva sa tumeur plus volumineuse qu'autrefois. Mais elle n'en souffrait point et elle put travailler jusqu'en janvier 1881.

A partir de ce moment, douleurs très fortes allant quelquefois jusqu'à la syncope. Amaigrissement. En mars, augmentation de volume du ventre, œdème des membres inférieurs, marche impossible.

La malade entre à l'hôpital Laennec dans le service de M. Legroux, remplacé alors par M. Homolle; vers le 10 mai, une ponction donne issue à 15 litres d'un liquide citrin, transparent, fluide. A la suite de cette ponction, elle eut des douleurs dans le ventre, des nausées, tellement violentes que, lorsque je la vis avec mon collègue, nous dûmes remettre à plus tard l'examen de l'abdomen.

Au bout de quelques jours, les douleurs avaient disparu, l'ascite s'était reproduite en partie; nous pûmes constater l'existence d'une tumeur très dure, mobile, ballottante, dans la cavité abdominale, dans le sens vertical et dans le sens transversal.

L'utérus était petit, mobile, le col sain; la tumeur paraissait indépendante de lui. Mais il était difficile de dire s'il s'agissait d'une tu-

meur de l'ovaire ou d'une tumeur fibreuse adhérente par un pédicule à la surface de l'utérus. Il y avait à remarquer le petit volume de l'utérus, l'absence de métrorrhagies et la ménopause remontant à trois ans.

Opération le 8 juillet avec le concours de nos collègues, MM. Lucas Championnière, Berger et Bouilly. Après avoir incisé la peau de l'aponévrose de l'ombilic du pubis, je fis une incision au péritoine pour laisser écouler le liquide de l'ascite; puis j'agrandis l'incision faite au péritoine. La tumeur sortit assez facilement par l'ouverture pratiquée; c'était une tumeur de l'ovaire gauche. Le pédicule était long, aplati, large de deux doigts; je passai à sa partie moyenne un fort cordonnet de soie de Chine plié en deux, et je fis deux nœuds en entrecroisant les fils suivant le précepte de notre collègue M. Tessier.

Le pédicule fut abandonné dans le ventre; puis je plaçai sur la paroi abdominale 11 points de suture entrecoupée avec des fils d'argent, et comprenant le péritoine.

Pansement de Lister. Toutes les règles de la méthode antiseptique ont été suivies pendant l'opération.

La température ne dépassa pas 38°,5. Quelques douleurs dans le ventre; le soir de l'opération, deux vomissements verdâtres.

Le 10, l'état est excellent, la malade commence à manger, prend deux œufs, du bouillon, du vin.

Le 11, j'enlève la moitié des points de suture; les autres sont enlevés le 13, la malade paraît en voie de guérison.

La tumeur, du poids de 1,200 grammes, présente quelques petits kystes situés près du pédicule; mais la plus grande partie de la masse est constituée par une tumeur fibreuse, homogène, plus dure, présentant au centre un commencement de dégénérescence muqueuse, ainsi qu'à quelques points de sa surface.

D'après l'examen microscopique, ce serait un fibro-sarcome avec prédominance d'éléments fibreux.

De ce fait je rapprocherai un autre que j'ai eu l'occasion d'observer en 1874 et qui a été publié en partie. (*Bull. de la Soc. anat.* 1874, p. 673. Liembeck. *Etude clinique sur les tumeurs solides de l'ovaire*, p. 8.)

OBS. II. — *Tumeur fibreuse de l'ovaire droit avec quelques petits kystes; ascite; anasarque; érysipèle phlegmoneux. Mort.*

En juillet 1874, à la Charité, je reçois une jeune femme de 22 ans,

atteinte d'ascite, avec une tumeur abdominale mobile et ballottante. Réglée à 16 ans. Règles irrégulières. Jamais de métrorrhagies. Souffrances depuis deux ans, augmentation de volume du ventre. Œdème récent des membres inférieurs.

Le 24 août, ponction pour évacuer l'ascite.

Quelque temps après les urines deviennent rares, l'ascite se reproduit. Un érysipèle gangréneux se développe sur les membres inférieurs, et la malade mourut en octobre 1874.

Autopsie. — Tumeur de l'ovaire droit, du volume d'une tête d'enfant, solide, d'apparence fibreuse, mais présentant six ou sept petits kystes à sa face interne; l'un d'eux était adhérent par simple accolement à la partie latérale droite du rectum; il renfermait une masse caséeuse du volume d'une amande.

Le pédicule de la tumeur est formé par l'aileron de l'ovaire; la trompe, allongée d'un tiers environ, vient adhérer à l'extrémité droite de la tumeur. Les vaisseaux viennent de tous ceux qui se rendent normalement à l'ovaire; on trouve près du pédicule, sur la tumeur, des veines qui ont 6 ou 7 millimètres de diamètre; le ligament large est normal. Il eût été facile d'appliquer une ligature sur le pédicule.

La tumeur, examinée par M. Malassez, fut reconnue comme un fibro-sarcome, avec prédominance d'éléments fibreux, comme celle que je vous présente aujourd'hui. Utérus petit, vierge; pas de péritonite; hydrothorax double.

La vessie était rétractée. L'utérus droit avait été comprimé par la tumeur au niveau de la circonférence supérieure du bassin; au-dessus de ce point, il présentait une dilatation allant jusqu'au volume de l'index; le bassinet et les calices étaient également dilatés.

Dans les cas de ce genre, la chirurgie doit intervenir sans attendre trop longtemps.

M. Polaillon a rencontré quelques exemples de cette affection, l'un entre autres dont l'observation a été publiée dans les *Bull. de la Soc. anat.* par son interne, M. Ozenne (1880), et dont il ne fera que rappeler les traits principaux.

Obs. III.— *Sarcome des ovaires; ascite; ponction; péritonite; mort; cancer latent de l'estomac avec perforation.*

M. Rémi, 51 ans. Hôpital de la Pitié, 3 août 1880, ne présente aucun antécédent héréditaire. Pas de maladies graves, 6 grossesses

heureuses. En juillet 1876, la malade a consulté un médecin pour des douleurs dans le ventre. Celui-ci reconnut plusieurs tumeurs grosses comme un œuf. Ces tumeurs augmentèrent de volume et s'accompagnèrent d'une sensation de pesanteur très gênante. Diminution de l'appétit, amaigrissement, diarrhée. A l'entrée à l'hôpital, le ventre est plus développé que dans une grossesse à terme. Tumeur abdominale plus grosse qu'une tête d'adulte, dure, bosselée, ne présentant de fluctuation en aucun point. Ascite. La tumeur est mobile.

Le col utérin est à sa place habituelle, seulement un peu entraîné en haut. Culs-de-sac libres ; en refoulant fortement le cul-de-sac antérieur, le doigt touche la partie inférieure de la masse abdominale. En refoulant le cul-de-sac postérieur, on sent la partie postérieure du col de l'utérus, qui est assez mobile et par conséquent n'adhère pas à la tumeur.

Aucun trouble de la miction. Le calibre du rectum est diminué par compression, d'où constipation habituelle. La peau est pâle, la face amaigrie, les forces déprimées ; membres inférieurs un peu infiltrés. Un peu d'œdème aussi au membre inférieur gauche. Pas de phlébite ni de thrombose pour expliquer cet œdème. Ni sueur ni albumine dans les urines. Cœur et poumons sains.

Le 12 avril, ponction exploratrice avec un trocart de 3 à 4 millim. de diamètre sur la ligne médiane, à 10 centimètres au-dessus de la symphyse. 8 litres de liquide citrin, ascitique.

Le 13 avril, la malade est très abattue. Face plus pâle, respiration fréquente, pouls petit, température normale. Un peu de rougeur autour de l'orifice de la ponction qui n'est pas oblitérée et laisse suinter du liquide ascitique. Pansement de Lister. Le soir, quelques douleurs dans le ventre. Malaise général, mais sans vomissements ni frissons. Pouls, 98; température, 38.

La malade meurt le 15 avril après une prostration croissante.

Autopsie. — Inflammation du péritoine pariétal, au niveau de la ponction. Un peu de sérosité sanguinolente dans le ventre, mais pas de fausses membranes.

Adhérences anciennes de l'épiploon avec la tumeur qui est développée aux dépens de l'ovaire gauche. Cette tumeur pèse 13 livres. Un pédicule mince de 4 à 5 centimètres de longueur l'attache à l'utérus.

La masse morbide est une agglomération de productions solides formées par un tissu très dur, lardacé, criant sous le scalpel et ne don-

nant pas de suc. Çà et là quelques kystes dont les plus gros ont le volume d'un petit œuf. L'ovaire droit est transformé en une masse analogue, mais ne pèse que 200 grammes.

Utérus sain, indépendant des deux tumeurs.

Cancer du pylore et plaque dure de nature cancéreuse dans le péritoine.

Cette observation se rapproche de celle de M. Nicaise, mais elle est encore intéressante au point de vue de l'influence des diathèses sur les traumatismes. Une simple ponction de l'abdomen faite comme celle-ci, avec les précautions antiseptiques, est une opération sans danger. Mais la patiente était en proie à la diathèse cancéreuse, la piqûre du trocart s'est enflammée, puis péritonite et mort rapide.

M. Périer a opéré, à la Salpêtrière, une femme atteinte de tumeur ovarique fibro-cystique. Cette tumeur était tellement enclavée dans le bassin qu'il eut de la peine à l'extraire. Cette femme avait été opérée par Michaux d'un cancer du sein qui récidiva et qui la fit placer à la Salpêtrière à titre d'incurable. Au dire de cette malade, le mal aurait guéri spontanément, au bout de trois ans.

M. Nicaise fait observer que chez sa malade des phénomènes douloureux étant survenus aussitôt après la ponction, il a évité d'insister sur l'exploration abdominale.

(*Bull. de la Soc. de chirurgie.*)

R. Chenet.

CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES A LONDRES.

(Suite).

Le Dr Robert Battey, communique un travail intitulé **Oophorectomie ; opération de Battey ; castration des femmes**. En voici le resumé :

Cette opération est spéciale en ce sens que l'on n'enlève pas de l'organisme des organes malades, mais que l'on supprime une fonction physiologique. Quoique le plus souvent les ovaires extirpés soient malades, l'opération n'a pas pour but d'écarter ces organes atteints, mais bien de produire artificiellement un changement dans l'économie.

En Amérique cette opération fut introduite sous le nom d'ovariotomie normale, nom mal choisi, et aussitôt abandonné. Castration fut proposé et rejeté parce que cette opération ne répond pas à la castration chez les animaux inférieurs. Oophorectomie fut rejeté parce

que ce terme fut introduit par Peaslee, comme synonyme d'ovariotomie. C'est dans ce sens que ce terme est adopté en Amérique. L'emploi de ce mot ne rappelle à l'esprit que l'ablation d'un ovaire et pas du tout la ménopause artificielle. Si la proposition de Simpson, de lier les ovaires sans les enlever, pour produire la ménopause, se réalisait, le terme d'oophorectomie serait évidemment inapproprié, quoique le caractère essentiel de l'opération ne soit en aucun sens modifié. Marion Sims a proposé d'appeler l'opération « opération de Battey », pour aplanir toutes les difficultés. En Allemagne l'opération est connue sous le nom de castration des femmes, terme tout aussi mal choisi.

Histoire. — L'opération semble avoir été projetée en premier lieu en 1823 par James Blundell, de Londres, et indiquée par Aveling. Blundell n'a pas semblé considérer sa découverte comme pouvant amener à des résultats pratiques. En octobre, 1865, Battey conçut l'idée de produire artificiellement la ménopause par l'ablation des ovaires, comme traitement d'affections autrement incurables.

Le 27 juillet 1872, Hegar, de Fribourg, pratiqua cette opération. Le résultat fut fatal; le cas ne fut pas publié, et l'opération ne fut pratiquée une seconde fois que quatre ans plus tard.

Le 1er août, opération de Lawson Tait à Birmingham. Mort. Pas de publication du cas.

Le 17 août 1872, Battey opéra avec succès à Rome, (Georgia). Il publia le cas le mois suivant, et en avril, 1873 il discuta et défendit l'opération devant l'Association médicale de Georgia. Deuxième opération en mars 1874, troisième en juin 1874, toutes les deux heureuses. Le 18 décembre 1872, Gilmore, de Mobile, (Alabama), eut un succès. Y a-t-il un champ déterminé pour l'opération? Pendant la guerre civile en Amérique Mme.H.., (Mississipi), accoucha de son premier enfant. Une escharification de tout le tractus génital s'ensuivit, avec occlusion de l'utérus et du vagin. La restauration du canal fut impossible; les douleurs devinrent « intolérables et indescriptibles ». Elle fut complètement guérie par l'ablation des ovaires. Un cas analogue du Dr Grange Simons, de South Carolina, mourut de menstruation persistante. Etaient-ce là des cas favorables pour cette opération? Nier l'utilité de cette opération dans ces cas, c'est dire qu'une agonie terrible, aboutissant à une mort misérable, est préférable à la santé. Cependant l'opération est plus particulièrement indiquée dans certains cas.

Indications. — Dès la conception de l'opération on admit l'application de la méthode dans les cas exceptionnels et dans les cas si variés de troubles nerveux et vasculaires, dépendant de la perversion de l'ovulation. De là on établit la règle suivante « l'ovariotomie, dans le but de produire la ménopause, sera pratiquée dans toutes les affections incurables sans cela et pouvant guérir par la suppression des menstrues ».

On se posera trois questions : Le cas est-il grave? Aucun moyen, autre que la ménopause, ne peut-il amener la guérison? Peut-il être guéri par la ménopause? Si les réponses sont affirmatives aux trois questions, l'ovariotomie est indiquée, sinon elle n'est pas justifiée.

On admit qu'on ferait abus de cette opération. L'opération ne sera jamais pratiquée qu'en dernier ressort. On a essayé de faire des classifications et d'indiquer exactement les conditions dans lesquelles elles doit être pratiquée.

Opération. — Deux points seulement réclament l'attention.

1. — *Mode d'accès.* — En Amérique les méthodes vaginales et abdominales sont également en usage; en Europe la méthode abdominale eut seule du succès. En faveur de la vaginale nous avons : *a.* une mortalité moindre; *b.* la possibilité d'un drainage parfait; *c.* l'introduction de l'air dans la cavité péritonéale est très difficile; *d.* la masse intestinale court peu de dangers d'être atteinte par les manœuvres mécaniques. Par contre on peut objecter à cette méthode : la présence fréquente d'adhérences énormes et la difficulté de les séparer convenablement et d'extirper les ovaires en totalité. Les résultats obtenus par ce procédé ont été si favorables qu'il ne doit pas être abandonné, mais réservé pour le cas où l'accès des ovaires est facile et où il n'y a pas d'adhérences.

2. — *Traitement du pédicule.* — La ligature avec des liens phéniqués ou non est presque universelle. Battey a coupé le pédicule dans 13 cas avec l'écraseur seulement; dans aucun cas une hémorrhagie sérieuse ne s'est produite.

Résultats immédiats.

1. — *Mortalité.* — Dans les cas recueillis la mortalité a été de 22 pour 100, pour l'opération complète, et 9 pour 100, pour l'incomplète.

2. — *Ménopause.* — On sait que dans quelques cas rares les menstrues ont reparu régulières et normales. Dans aucun de ces cas il n'a

été prouvé qu'il n'existait pas un troisième ovaire, ou que quelque partie du stroma n'avait pas été laissée.

Dans les cas de Battey chaque fois qu'un fragment de l'ovaire avait été laissé en place, les règles reparurent, et même dans un cas il y eut une grossesse.

Résultats éloignés.

1. — *Aphrodisie.* — Dans aucun cas les malades opérées ne se sont plaintes de la perte de leur pouvoir génital; au contraire dans beaucoup de cas elles ont affirmé la parfaite existence des appétis sexuels.

2. — *Formes féminines.* — Elles n'ont pas été désavantageusement modifiées; au contraire l'on a souvent constaté un gain réel.

3. — *Santé générale.* — Comme l'opération n'est pratiquée qu'en dernier ressort dans les cas désespérés, quelque léger que soit le bénéfice, il doit être pris en considération. C'est de la critique excessive de dire que quelques malades n'ont retiré aucun profit de l'opération et que d'autres n'ont pas été guéries.

Si nous comparons les résultats, nous trouvons :

	Nombre.	Pour cent.
Guérisons	68	75
Amélioration considérable.	15	17
Pas d'amélioration . . .	7	8

Pour les opérations incomplètes :

Guérisons	3	18
Amélioration considérable.	7	41
Pas d'amélioration . . .	7	41

Dans quelques cas où les résultats furent peu satisfaisants dans les premiers mois (ou même après une année, ou plus), l'amélioration se manifesta plus tard et même quelques-uns furent complètement guéris. Il est prématuré de signaler comme insuccès quelques cas, avant qu'un temps suffisamment long se soit écoulé pour permettre à la ménopause de s'établir complètement.

Le Dr Savage (de Birmingham) lit un mémoire ayant aussi pour titre : **Oophorectomie.**

Il donne la relation de trente cas successifs d'opérations heureuses, faites pour différentes raisons, pendant les deux dernières années.

Dix opérations furent faites pour des cas de chute de l'ovaire durant depuis longtemps et très douloureuse, cinq pour des cas de myômes.

L'expérience de l'auteur prouve qu'il y a un vaste champ de succès ouvert à l'oophorectomie dans les deux cas mentionnés plus haut, si l'on choisit bien les cas ; dans les cas de dysménorrhée, dite ovarique, il est très difficile de dire où l'opération est indiquée, car un temps très long après l'opération devra s'écouler, avant qu'on ne s'aperçoive des bénéfices qu'elle a procurés. L'auteur croit que l'hypertrophie de l'ovaire prolabé est due à une inversion de l'organe dans la cavité de Douglas ; le premier effet produit sera de l'œdème, le second une hyperplasie aréolaire ou la formation de kystes.

Sauf le cas d'incapacité de concevoir, les malades après l'oophorectomie, possédent tous les attributs de la femme. Maintenant que la facilité et l'innocuité de l'opération sont démontrées, il est de notre devoir d'indiquer autant que possible les conditions dans lesquelles elle est applicable, et celles où elle ne l'est pas, pour qu'il n'en soit pas fait abus.

Le Dr Graily Hewitt, donne lecture d'un travail intitulé : **De la cause excitante des attaques hystériques et hystéro-épileptiques.**

En voici le résumé :

Le but du travail est de démontrer par des observations cliniques que la cause excitante des attaques d'hysthérie ou d'hystéro-épilepsie, est une torsion de l'utérus, soit par une antéflexion, soit par une rétroflexion.

Les attaques sont le résultat d'une irritation réflexe, produite par la compression et la tension des tissus utérins, le corps de la matrice étant courbé d'une façon exagérée sur le col.

Cette courbure a pour effet de produire une compression des tissus utérins à l'angle et dans le voisinage de la flexion ; elle met obstacle à la circulation utérine ; elle provoque ultérieurement une congestion permanente du corps de la matrice. A l'appui de cette opinion l'auteur cite 14 cas observés dans six ans. Parmi ces cas, les uns étaient des cas d'attaques hystériques graves, les autres d'hystéro-épilepsie, enfin quelques-uns présentaient un degré de gravité moindre. Dans tous ces cas la situation de la matrice fut soigneusement examinée.

Dans tous ces cas on observa une torsion de l'utérus, les cas les plus graves étaient ceux où la flexion était la plus forte.

Le redressement de l'utérus supprima complètement les attaques hystériques. Dans 13 cas sur 14 on obtint une guérison parfaite; l'histoire d'un seul cas ne put être bien suivie.

Sur 14 cas 9 étaient des cas d'antéflexion, 5 de rétroflexion. La complète cessation des attaques hystériques, et le succès uniformément obtenu par le redressement de l'utérus prouvent, dans l'opinion de l'auteur, que la cause excitante des attaques était la flexion utérine.

Le Dr Mundé (de New-York), communique le travail suivant : **De la curabilité des déplacements utérins.**

Trouvant que les ouvrages ou bien ne font aucune mention de la possibilité de la cure définitive des déplacements utérins par quelques-unes des méthodes en usage, ou bien ne donnent que des notions vagues sur la question, frappé de l'importance que présente le sujet pour la malade et pour la satisfaction du médecin, l'auteur a analysé les nombreux cas de déplacement qui se sont présentés à lui (395) et est arrivé aux conclusions suivantes :

1. — Les déplacements de l'utérus sont toujours curables dans la grande majorité des cas, lorsqu'ils sont de date récente, ou bien lorsqu'une métamorphose complète des tissus, comme cela a lieu dans la grossesse et après l'accouchement, se produit.

2. — Les cas chroniques (durant plus d'une année) sont rarement curables d'une façon permanente, excepté, cependant, dans les conditions mentionnées plus haut. Beaucoup de guérisons, signalées par quelques auteurs, et certifiées par beaucoup de médecins, montrent bientôt qu'elles n'étaient que temporaires.

3. — Les pessaires constituent, sans contredit, la meilleure, la plus rationnelle des méthodes de traitement des déplacements utérins. La cure n'est que temporaire; rarement on obtient des guérisons radicales par ce moyen.

4. — Les tampons, surtout astringents, appliqués d'une façon intelligente tous les jours par le médecin, présentent, parmi les moyens médicaux, le plus de chance pour la cure définitive. Ceci est surtout vrai pour le prolapsus, mais est applicable également aux autres cas.

4. — L'électricité locale mérite d'être plus souvent utilisée.

6. — Dans toutes les méthodes, il faut persévérer pendant des mois et des années, avant d'attendre un succès.

Le Dr Edis, fait connaître l'**influence des affections utérines sur la production de nombreux désordres sympathiques dans la santé générale et dans les organes spéciaux.**

Le Dr Edis attire l'attention sur des migraines, durant souvent pendant plusieurs années, et qui sont entièrement dues à des troubles utérins. Le fait de la persistance des migraines en relation avec les troubles utérins fut prouvé par la disparition des douleurs après la guérison d'une maladie utérine, découverte par hasard, alors que tous les médicaments n'avaient produit aucun effet.

Les vomissements du matin dans la grossesse furent trouvés souvent en rapport avec un certain degré de flexion, d'inflammation du corps de l'utérus ou du col, ou avec quelque trouble utérin bien constaté. Une amélioration fut obtenue par un traitement approprié à chaque cas. L'épilepsie utérine dépend souvent d'irritation des ovaires, de flexion avec dysménorrhée, ou de quelque autre trouble ovarique ou utérin, bien constaté.

Souvent d'autres affections nerveuses telles que: l'asthme, les névralgies, la chorée, furent trouvées être en rapport avec quelque trouble utérin négligé.

Souvent on trouva l'amaurose, l'asthénopie ou d'autres affections de l'organe de la vue, être dues à un état morbide de l'utérus.

L'aphonie, le spasme de la glotte, la sensation de secousse ou tout autre phénomène nerveux réflexe put souvent être attribué à une altération dans la position ou dans la santé de l'utérus.

Le Dr Beverley Cole, communique un travail intitulé : **Du traitement mécanique de quelques déplacements et de quelques maladies utérines.**

Le but de ce travail est plutôt d'introduire dans la pratique une série d'instruments nouveaux et améliorés, résultat d'une étude soigneuse et d'une longue expérience, que de discuter les indications et les principes de leur application. Ces derniers ont été traités d'une façon approfondie par les plus grandes autorités. Leur exposition demanderait plus de temps que n'en accorde votre Comité pour la lecture de chaque travail et ne serait pas aussi utile que s'ils étaient développés dans la discussion qui suivra.

1. — On considère ces maladies au point de vue « unique » de leur traitement mécanique complet ou incomplet.

2. — Court exposé historique de pessaires; mention spéciale pour ceux de Hodge, Simpson, Smith, Sims et Thomas.

3. — Cas de rétroversion, d'antéversion, et de flexion dans lesquels les pessaires recommandés pour leur traitement sont contre-indiqués; causes de ces contre-indications et leur mode d'action.

4. — Introduction dans la pratique des « pessaires à ressort impérissable » de l'auteur, adaptés aux cas irritables et les plus sensibles. Description de leur mode d'introduction et d'extraction, etc.

5. — Double courbure du « col utérin », jamais décrite avant, à ce que l'auteur croit. Cause et traitement de cette maladie.

6. — Superinvolution de l'utérus, après l'accouchement; ses effets sur la constitution, et son traitement.

7. — Présentation d'un nouveau pessaire galvanique à tige, perfectionné.

8. — Traitement (local) des ulcères, de la dégénérescence granuleuse de l'endométrium; des productions fongueuses, et du cancer dans lesquels la ménorrhagie et la métrorrhagie sont les symptômes les plus graves, et où le cautère est indiqué.

9. — Considérations sur le thermo-cautère de Paquelin; discussion sur le cautère actuel avec les fers, et sur le galvano-cautère.

10. — Présentation par l'auteur d'un nouveau cautère à gaz, très perfectionné, et toujours prêt.

11. — Traitement mécanique de la cystite, etc.

Le Dr Verrier, fait connaître **un perfectionnement dans la construction et dans l'application d'un appareil pour le redressement des déviations utérines.**

Après avoir rapporté les travaux des auteurs anglais, allemands et américains qui s'étaient occupés des diverses sortes de postures à donner à la femme pour le redressement des déviations de l'utérus non gravide, M. Verrier examine dans son travail les avantages que l'on peut retirer d'un appareil à l'aide duquel le médecin pourrait non seulement donner à la patiente la position désirée, mais surtout obtenir le redressement de la malade sans la moindre secousse pour elle ni le moindre effort de sa part, ni de celle de l'opérateur.

Expliquant le mode de suspension anatomique de l'organe dans le petit bassin, il fait comprendre l'utilité de son appareil pour redresser les déviations. L'on peut dire d'une façon générale que toute déviation cède à la manœuvre et et à la position, grâce à la simplicité de

l'appareil, sauf bien entendu les cas où il y a des adhérences pathologiques de l'utérus avec les organes voisins. De même il reconnait que le redressement ne se maintient pas sans un bâton intra-utérin dans les flexions de l'utérus.

Les cas auxquels convient l'appareil de M. Verrier sont :

Les antéversions ;

Les rétroversions ;

Les chutes ou prolapsus.

Pour la construction de l'appareil il a d'abord employé des échelles à ressorts et un ou deux coussins.

Puis il a fait construire un appareil fixé dans le plafond d'une chambre avec des ressorts à boudins.

Enfin il a fait construire un portique mobile et consacré un chapitre à la description de l'appareil perfectionné.

Quelques gravures dans son travail font comprendre le mécanisme de l'appareil qui tel qu'il est, ne saurait être remplacé par des facteurs à mécanique d'aucune sorte.

Il renvoie, pour les statistiques, à une communication qu'il a faite à l'Académie de Médecine de Paris, le 18 mars, 1880.

(*A suivre.*)

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

Di un bacino spinoso, par le Dr Nicolini (de Pavie).

Ablation d'une tumeur kystique d'une partie de l'utérus et de l'ovaire gauche (guérison), par le Dr Wasseige. (Extrait du *Bulletin de l'Académie de médecine belge*, 3e série, t. XV, n° 4.)

Propriétés physiologiques de la Betulalbine; son action dans le traitement des uréthrites, par le Dr Ferray (d'Évreux).

Réflexions à propos de quelques cas de méningites guéries chez les enfants, par le Dr Blache (Note lue à la Société de médecine de Paris, le 23 octobre 1880.)

Du traitement thermal sulfuré des phlegmasies périutérines, par le Dr Caulet. (Extrait des *Annales de la Société d'hydrologie médicale*, 1880-1881)

Le gérant : A. Leblond

PARIS. — TYPOGRAPHIE A. PARENT
A DAVY, Successr, imp. de la Fac. de méd., r. M.-le-Prince, 31.

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Novembre 1881.

TRAVAUX ORIGINAUX

RECHERCHES SUR LES CONTRACTIONS UTÉRINES PROVOQUÉES PAR L'ÉLECTRICITÉ.

Par le Dr Paul Helot,
Chirurgien en chef de l'hospice général de Rouen.

Dès le commencement du siècle, Bertholon et G. Herder employèrent l'électricité pour provoquer ou augmenter les contractions de l'utérus. Depuis ce temps, à l'étranger Schreider, Jacoby, Radford, Wilson, Mackensie, Dempsey, Barnes, etc., ont recommandé l'emploi des courants continus en obstétrique.

En France, nous ne trouvons d'autre partisan, jusque dans ces derniers temps, de l'électricité dans les accouchements que

le Dr Saint-Germain, tandis qu'en Angleterre plusieurs accoucheurs préfèrent cet agent au seigle ergoté.

Dempsey, Benjamin Franck et Godding-Bing citent plusieurs observations où ils se sont servis de l'électricité pour provoquer des accouchements prématurés. (Onimus et Legros. *Traité d'electricité médicale.*)

Cependant Julius Auslthaus pense qu'en obstétrique, si la faradisation rend des services dans des cas d'hémorrhagie *post partum*, elle est incapable de provoquer par elle même l'action de l'utérus, qu'elle augmente cependant considérablement, une fois que cette action est commencée. — (*Applications pratiques de l'électricité au diagnostic et à la thérapeutique*, par Julien Auslthaus, traduit et annoté par G. Darin.)

Le Dr Tripier, dont la compétence en ces matières ne peut être mise en doute, ne pense pas que la faradisation puisse agir autrement que d'une façon passagère sur l'utérus gravide, avant le commencement du travail. « Ayant cherché à précipiter le début du travail, en provoquant des contractions utérines chez une nullipare qu'il y avait lieu de considérer comme arrivée à terme, j'ai pu faire, dit-il, pendant cinq jours, deux séances de cinq minutes de faradisation médicale par jour, sans obtenir la persistance ou la reprise spontanée des contractions que j'obtenais passagèrement. ».... Et il ajoute plus loin : « Si donc on écarte de la statistique à établir sur ce point les femmes qui font une fausse couche à la suite d'un éternument, on sera conduit à conclure que la faradisation, si elle n'entraîne pas les effets toxiques de l'ergot, n'est guère plus capable que lui de provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré.»

Il se montre peu confiant dans l'emploi de ce moyen pour activer le travail, contrairement à l'opinion de M. Saint-Germain. Mais il a précédé de plusieurs années M. Apostoli dans l'emploi de la faradisation après l'accouchement, comme moyen d'hémostase, commme préservatif d'infection puerpérale. Il trouve que ce traitement abrège la convalescence, et prévient les déviations utérines. (Tripier. *Des applications obstétricales de l'électricité*, 1875.

Dernièrement, M. Apostoli, dans une communication faite à l'Académie de médecine, a préconisé l'emploi des courants induits engendrés par une bobine à fil gros et court, et à intensité progressivement croissante, après l'acccouchement normal ou compliqué, ou bien après la fausse couche, dans le but d'aider, de hâter et de compléter l'involution utérine, pour abréger la convalescence et prévenir toutes les complications qui résultent de son arrêt ou de sa lenteur.

Que l'électricite agisse sur l'utérus gravide en provoquant des contractions, qu'elle agisse encore sur cet organe immédiatement après l'accouchement, à une période ou les éléments contractiles sont en pleine activité, il ne viendra à personne l'idée de le nier. Aussi ce n'est pas sur cette partie de la question que je veux m'étendre; mais, désirant limiter mon sujet à un point très précis, je me propose d'étudier seulement dans ce mémoire l'action de l'électricité sur l'utérus non gravide, et je précise ainsi la question :

L'utérus non gravide peut-il se contracter sous l'influence de l'électricité?

Quel est le procédé le plus efficace pour déterminer cette contraction?

Tyler Smith, cité par Onimus et Legros, rapporte un cas dans lequel un polype de l'utérus, qui ne pouvait être saisi par l'opérateur, fut suffisamment expulsé hors de l'utérus par les contractions provoquées par l'électricité, pour permettre d'y faire une ligature et d'extirper ainsi la tumeur.

C'est là un des faits les plus positifs de contraction utérine provoquée par l'électrécité que je connaisse. Malheureusement, dans la citation que je donne, il n'est pas indiqué de quel procédé l'auteur s'est servi, s'il a employé la faradisation ou la galvanisation, si le résultat a été obtenu immédiatement ou après plusieurs séances. Il serait intéressant de remonter aux sources, ce que je n'ai pu faire.

Depuis 10 ans un certain nombre de médecins ont employé l'électricité pour obtenir la cure radicale des corps fibreux de l'utérus. Ce sont : en Amérique, Cutler, Brown, Kimbal, Thomas

et tout dernièrement Everret; en Italie, Cinicelli et plus tard Orubroni. Tous ces médecins employaient d'une façon absolue l'action électrolytique de la pile, introduisant dans la tumeur qu'ils voulaient détruire une ou plusieurs aiguilles, dans le but de déterminer une eschare autour de son point d'implantation.

Je n'ai pas à étudier la valeur de ce traitement, pas plus que de celui préconisé en France, en 1879, par le Dr Aimé Martin (1).

Je me hâte d'arriver aux médecins qui,dans un but thérapeutique, ont cherché à déterminer dans l'utérus des contractions au moyen de l'électrécité.

Dans un mémoire, couronné par la Société de médecine de Gand, le Dr Tripier indique une méthode qui, selon lui, *guérit toujours l'engorgement, souvent les déviations et les flexions, rend celles-ci inoffensives quand elle ne les corrige pas, et permet enfin d'atténuer considérablement ces incommodités qui résultent des prolapsus utérins* (2).

Pour obtenir ces résultats le Dr Tripier se sert du courant produit par un appareil d'induction à chariot, semblable, sauf pour quelques détails, à celui de Siemmens et Halske, l'excitateur négatif en rapport avec le col de l'utérus, le positif en rapport soit avec l'hypogastre, le rectum, la vessie, etc.

Suivant les circonstances, l'auteur fait varier la position des électrodes pour obtenir la faradisation vésico-rectale, lombo-sus-pubienne, cervico-utérine, dans l'engorgement; il pratique la faradisation recto-utérine, abdomino-rectale, vésico-utérine, vésico-abdominale, dans les versions et les flexions; la bi-inguino-utérine, ou la bi-inguino-vaginale dans l'abaissement.

Au début des séances qui ne durent que trois minutes,« les patientes éprouvent une sensation de picotement qui traduit l'in-

---

(1) *Des fibro-myômes utérins et de leur traitement par l'action électro-atrophique des courants continus.* (*Ann. de Gyn.*, 1879.)

(2) *Lésions de forme et de situation de l'utérus*, etc., par le Dr Tripier. J.-B. Baillière, 1874.

fluence exercée sur la sensibilité générale. Plus tard, au bout d'un temps qui varie avec le degré d'inertie de l'organe, apparaissent les douleurs en rapport avec les contractions, douleurs essentiellement différentes des premières, qu'elles masquent en partie ou même complètement, suivant leur énergie.

« Les femmes qui ont eu des enfants les comparent ordinairement d'elles-mêmes aux premières douleurs de l'accouchement.... »

En résumé M. Tripier affirme qu'il obtient des contractions que la femme ressent à la manière de coliques utérines, et c'est en excitant la contraction de tout l'organe ou en localisant la contraction dans une de ses parties, suivant le cas, qu'il cherche à obtenir la guérison des *lésions de forme et de situation de l'utérus.*

Il est vrai que là ne se borne pas le traitement et, qu'en même temps que la faradisation, M. Tripier emploie les médications internes ou externes que peut réclamer l'état des malades.

Parmi les médecins qui ont fait un fréquent usage de l'électricité en gynécologie, je dois citer le Dr Chéron, médecin de Saint-Lazare, qui, non moins convaincu de l'utilité de cet agent dans les affections utérines, est loin d'être d'accord avec le Dr Tripier, pour le mode d'application.

Pour le Dr Chéron, « appliquée au traitement de la congestion utérine, l'électricité présente ces avantages de pouvoir être portée directement sur l'organe utérin, pour mettre en jeu les propriétés contractiles des éléments musculaires des vaisseaux ; de pouvoir être dirigée jusqu'aux centres d'innervation vaso-motrice pour leur rendre leur tonicité ; de pouvoir enfin être employée comme agent de révulsion pour réagir sur ces mêmes centres par l'intermédiaire de la sensibilité.... »

L'électricité statique est surtout un agent de révulsion très énergique, mais d'un emploi peu pratique.

L'électricité d'induction est surtout un moyen de diagnostic. *Elle doit être proscrite de la thérapeutique utérine*, parce que l'application en est très douloureuse, les courants transmis par le marteau de Neef étant produits avec une trop grande rapi-

dité de succession. Ces courants amènent la tétanisation ou l'épuisement des systèmes contractiles et l'excitation du système nerveux central.

Lorsque les courants volta-faradiques sont transmis par un compteur qui permet d'augmenter l'intervalle qui sépare la transmission des courants, ou mieux, si l'on emploie les courants magnéto-faradiques dont on peut facilement graduer l'espacement, leur intensité est insuffisante et les indications de leur emploi restent encore fort restreintes.

L'électricité voltaïque est la seule source d'électricité à laquelle le gynécologue doive avoir recours ; mais l'appareil qui la fournit doit remplir des conditions toutes spéciales. L'élément de pile doit avoir une action chimique vive, modifiée par un rhéostat ou une boîte de résistance.

L'appareil doit être muni d'un interrupteur automatique pouvant battre la demi-seconde, et des intervalles plus éloignés. Les excitateurs vaginaux et utérins doivent être toujours recouverts de peau ou de toile mouillée, et l'excitateur cutané doit être muni d'une éponge et avoir une large surface.

Il y a deux manières d'utiliser les interruptions du courant continu : ou bien les secousses sont produites par la rupture instantanée et de durée très courte du courant continu, ou bien elle est due au rétablissement instantané et de courte durée de ce même courant. Avec la première, le courant est continu et ne s'interrompt que pendant un très court espace de temps à chaque oscillation du pendule ; avec la seconde, le courant n'est établi que pendant l'instant très court que dure cette oscillation.

Pour le Dr Chéron, l'application de l'électricité galvanique au traitement de la congestion utérine se fait de la façon suivante : l'un des pôles, armé d'un excitateur cylindrique, recouvert de peau ou de toile fortement imbibée, est appliqué dans le cul-de-sac postérieur, pendant que l'autre pôle, muni d'un large électrode à éponge, est placé sur l'hypogastre ou sur la région lombaire de l'épine.

Pour employer le courant sous la forme continue, il suffit

de faire usage d'une trentaine d'éléments dont l'action chimique est modifiée par dix mille unités de résistance. A la fin de chaque séance, dans le but de stimuler plus activement les parois des vaisseaux, il est bon de produire avec cinquante ou soixante couples et vingt mille unités de résistance quelques intermittences rhythmées, séparées par séries de douze ou de quinze pour un courant continu d'une durée de deux ou trois minutes (1).

D'après la description que je viens de donner des diverses méthodes d'électrisation de l'utérus pour en obtenir le retrait dans les cas où son volume est augmenté, on voit que la question est loin d'être jugée.

Deux méthodes sont en présence et il importe de les bien spécifier. Les uns emploient les courants faradiques, c'est-à-dire, des courants de grande tension et de faible quantité ; les autres, des courants de quantité et de tension beaucoup moins considérables. Les premiers demandent tout l'effet thérapeutique à la contraction tétanique ; les seconds ajoutent à la contraction provoquée par l'interruption du courant l'action électrolytique des courants continus.

Les uns et les autres obtiennent des résultats tels qu'ils sont tentés de considérer comme non avenus les procédés employés par ceux qui font autrement qu'eux, quand ils ne les déclarent pas inutiles ou dangereux. Je ne pense pas qu'aucune de ces méthodes mérite

Ni cet excès d'honneur ni cette indignité.

J'ai pu dernièrement, dans un cas particulièrement favorable, étudier comparativement ces diverses méthodes et *voir l'utérus se contracter*.

Il s'agissait d'une femme multipare, atteinte d'une métrite chronique, caractérisée par une augmentation notable du volume, du corps et du col de l'utérus avec une large ulcération

(1) Jules Chéron, *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, mai, juin, octobre, novembre 1881.

du museau de tanche, compliquée de catarrhe utérin abondant, de ménorrhagies douloureuses et de névralgies lombo-abdominales. Le cathétérisme utérin donnait une profondeur de 8 centimètres et demi.

Le traitement suivi était : 25 centigrammes de poudre d'ergot de seigle matin et soir et galvanisation de l'utérus tous les deux jours, avec interruption du courant toutes les secondes.

A la troisième séance de galvanisation, je remarquai que le bouchon de mucus qui siégeait d'une façon constante à l'orifice du col, était propulsé en avant à chaque fermeture du courant, en même temps que les muscles de l'abdomen, sur lesquels était appliquée une large électrode humide, se contractaient fortement. Voulant m'assurer que l'avancement du bouchon de mucus glaireux était bien dû à la contraction utérine et pas une sorte d'expression de l'utérus par les muscles de l'abdomen fortement contractés, je changeai immédiatement l'électrode positif que je remplaçai par une large plaque d'étain recouverte de peau de chamois humide et que je plaçai sur les lombes. Le même phénomène se produisit quoique avec moins d'intensité.

Deux jours après, pour préciser davantage les effets, appliquant toujours l'électrode positif sur les lombes, je remplaçai la sonde rigide qui me servait d'électrode négatif, par un simple morceau de cuivre fixé à un fil conducteur très mince et flexible, que je fis disparaître complètement dans la cavité cervicale.

Les contractions se produisirent de nouveau, et, comme l'avant-veille, le mucus du col fut chassé, à chaque fermeture du courant, c'est-à-dire toutes les secondes. Dans l'intervalle, ce bouchon muqueux rentrait dans l'utérus, comme absorbé par un corps de pompe.

Persuadé que j'avais trouvé dans ma malade un véritable *réactif*, je m'empressai de comparer les diverses méthodes d'électrisation.

Plaçant immédiatement les fils conducteurs en rapport avec une bobine d'induction, j'observai, en donnant au trembleur

de l'appareil toute sa vitesse, une contraction manifeste qui commençait avec la mise en action de l'appareil et cessait dès que j'interrompais ce courant.

Je dus bientôt cesser cette faradisation à cause des vives douleurs que ressentait la malade. Supprimant alors le trembleur, je le remplaçai par l'interrupteur si ingénieusement construit par M. G. Trouvé ; mais il me fut impossible en faisant varier les interruptions de 1 à 20 par seconde de voir aucune contraction se manifester.

Je ne pus en aucune façon obtenir de contractions avec l'appareil faradique que lorsque le courant faradique était assez fort, et les interruptions assez fréquentes pour déterminer des douleurs trop vives pour être facilement supportées.

Les contractions reparurent aussitôt que les conducteurs furent remis en contact avec l'appareil à courants continus.

La malade fut électrisée 16 fois en un mois, en variant l'intensité du courant, le nombre des interruptions et la position des pôles, et je remarquai que le maximum des contractions pouvant être supporté sans douleur par la malade, se produisait avec une courte interruption, se répétant à chaque seconde et un courant ascendant de 28 milliweber.

Je dois noter que je n'observai jamais après aucune de ces séances, durant 10 minutes environ, aucune trace d'eschares sous les électrodes, effet qui ne doit pas surprendre quand on songe que l'action électrolytique de la pile était dans cet espace de temps employée 600 fois pour produire du mouvement (1).

Après six semaines de traitement je ne retrouvai plus de

---

(1) Claude Bernard a démontré en effet que :

Dans le cas d'un courant voltaïque intermittent d'une puissance convenable, lorsque les interruptions sont faites de façon que la rupture du circuit suive d'assez près sa fermeture pour que le courant ait cessé de passer avant que la contraction qu'il a produite soit terminée, l'action chimique est nulle ou considérablement affaiblie, quel que soit le nombre des intermittences dans un temps donné. Si, au contraire, le passage du courant est plus long qu'il ne faut pour produire la contraction, l'électricité non utilisée par l'action mécanique agit chimiquement.

bouchon muqueux indicateur de la contraction, cependant la malade affirmait que la sensation spéciale qu'elle avait appris à connaître se produisait encore, quoique avec moins d'intensité.

Son état s'était du reste considérablement amélioré, les douleurs lombo-abdominales avaient, pour ainsi dire, disparu, en même temps que le sentiment de pesanteur du côté du ventre.

Il n'y avait plus de leucorrhée ni de mucosités glaireuses, l'ulcération du col était complètement cicatrisée. Le retrait de l'utérus était de plus de 1 centimètre et demi, car les cavités du col et du corps ne mesuraient pas 7 centimètres.

Depuis ce temps j'ai cherché à voir encore cette contraction; mais les circonstances aussi favorables ne se présentèrent plus, et je ne pus l'observer que d'une façon passagère chez une seule malade.

Mais actuellement, alors même que je ne *vois* pas la contraction, je *sais* que je fais contracter l'utérus en mettant ma malade dans des conditions analogues à celles que je viens d'exposer.

Je dois ajouter que j'ai eu beaucoup à me louer de ce traitement dans les cas d'engorgement chronique, accompagné d'abaissement de l'utérus; que le catarrhe utérin s'est habituellement tari sous l'influence des modifications apportées par le courant, et que jamais dans ces circonstances je n'ai eu besoin d'appliquer un topique sur le col, pour en voir disparaître ces ulcérations.

L'appareil dont je me suis servi se compose d'une batterie de 32 éléments de Gaiffe, de 15 centimètres de hauteur, au chlorure de zinc et à l'oxyde de manganèse, d'un rhéostat, d'un interrupteur de Trouvé et d'un galvanomètre divisé en milliweber.

En terminant ce travail, je crois pouvoir énoncer les conclusions suivantes :

1° L'utérus, sous l'influence des courants électriques, présente des contractions manifestes, non seulement pendant la grossesse ou immédiatement après l'accouchement, mais encore à l'état de vacuité;

2° Ces contractions peuvent être rendues visibles dans certaines circonstances pathologiques spéciales où un bouchon glaireux du col retient les sécrétions de l'utérus. On voit alors la contraction provoquée chasser cet *indice* d'un nouveau genre, qui reprend sa position, comme s'il était aspiré par un corps de pompe, quand la contraction a cessé ;

3° Ces contractions peuvent être obtenues par un courant faradique, en faisant un très grand nombre d'interruptions par seconde ; mais ce moyen est douloureux et son emploi paraît devoir être limité aux hémorrhagies *post partum* ;

4° La galvanisation par l'interruption des courants continus provoque cette contraction d'une façon plus favorable, parce qu'elle cause peu de douleur et parce qu'à l'action mécanique s'ajoute l'effet électrolytique de la pile, rendue inoffensive par la fréquente transformation de l'action chimique en mouvement ;

5° Le maximum de l'effet utile a été produit avec un courant de 25 à 30 milliweber, brusquement interrompu chaque seconde pendant un très court espace de temps.

METHODES OPÉRATOIRES APPLICABLES A

L'ABLATION DES POLYPES DE L'UTÉRUS

Procédé d'excision à l'aide du serre-nœud (1).

Par M. Guéniot.

Suivies de réflexions de M. le professeur PAJOT.

A propos d'un fait clinique que j'ai récemment observé, et dont je relaterai plus loin les principaux détails, je désire présenter quelques considérations pratiques sur l'excision des po-

(1) Mémoire lu à l'Académie de médecine.

lypes fibreux de la matrice. Les deux méthodes opératoires actuellement le plus en faveur, c'est-à-dire *l'excision à l'aide de l'instrument tranchant* et *l'ablation au moyen de l'écraseur de Chassaignac*, me semblent en effet, sur plus d'un point, laisser fort à désirer. Non pas que je les regarde, à proprement parler, comme défectueuses, et que j'aie la prétention de leur substituer, dans tous les cas, le *procédé du serre-nœud* dont je viens préconiser l'emploi; mais, si je ne me trompe, l'examen sommaire que je me propose de faire ici démontrera :

1° Qu'au double point de vue de la *sécurité* et de la *simplicité operatoires*, de même que sous le rapport de *l'étendue du champ d'application*, la méthode d'excision par l'instrument tranchant est, le plus souvent, très inférieure au procédé du serre-nœud, tel que je l'ai décrit, en 1875, devant la Société de chirurgie;

2° Que, malgré sa grande analogie d'action avec ce dernier, le procédé d'excision par l'écraseur de Chassaignac n'offre pas non plus les mêmes avantages.

Afin de rendre cet exposé plus clair, je ferai surtout allusion aux *polypes fibreux* ou *fibroïdes*, qui du reste sont les plus communs, et je rappellerai en quelques mots les différentes phases que la chirurgie opératoire a présentées à leur sujet.

Sans remonter au delà du dix-septième siècle, on sait qu'a cette époque, et jusqu'à Levret dans le dix-huitième, c'est l'excision qui était seule mise en usage, excision soit avec le bistouri, soit avec les ciseaux, mais pratiquée dans des conditions spéciales et seulement après l'application d'une *ligature de sûreté*, au-dessus du point que devait attaquer l'instrument tranchant. On redoutait, en effet, par-dessus tout, l'hémorrhagie, de telle sorte que l'étranglement préalable du polype, vers sa racine, était considéré comme indispensable. Du reste, les opérations de ce genre étaient nécessairement très rares, puisque l'on n'y avait recours que dans les seuls cas où la tumeur faisait saillie hors de la vulve. C'est ainsi que Guillemeau, « de concert avec maistre Honoré, extirpa, fort heureusement, à une damoiselle

une môle pendante (polype) qui sortait du *pudendum*, de la grosseur du poing. »

Avec Levret, dans la seconde moitié du dix-huitième siècle, la chirurgie devint, sinon plus hardie, du moins plus entreprenante. La méthode de la ligature, dont il fut le promoteur, permit en effet d'atteindre les polypes jusque dans la cavité du vagin; et l'un de ses contemporains, Herbiniaux (de Bruxelles), eut même la prétention de détruire ces néoplasmes jusque dans l'utérus lui-même, à l'aide d'un porte-ligature dont il était l'auteur. Mais cette pratique dangereuse ne sortit pas du domaine de la théorie, et je ne sache pas qu'elle ait été jamais réalisée.

La méthode préconisée par Levret différait, en réalité, complètement de celle de l'excision dont j'ai parlé. C'était bien toujours la crainte de l'hémorrhagie qui l'avait fait concevoir, mais sa manière d'agir ne ressemblait en rien à la précédente. Au lieu d'enlever la tumeur séance tenante, comme par le passé, le chirurgien cherchait à obtenir sa destruction lente par gangrène. Le polype, étranglé à sa racine par la ligature, se mortifiait ainsi sur place et finissait par se détacher au bout d'un temps variable, qui parfois dépassait quinze et vingt jours.

Malheureusement, la lenteur même de cette destruction, la nécessite presque constante de resserrer une ou plusieurs fois le lien constricteur, enfin et surtout la péritonite et les accidents de septicémie qui trop souvent emportaient les malades, étaient autant d'inconvénients ou de dangers attachés à la nouvelle méthode. Aussi, après avoir régné presque sans partage pendant plus d'un demi-siècle, finit-elle par être abandonnée à son tour.

Ce fut Dupuytren qui, plus que tout autre, s'efforça de jeter sur elle le discrédit et de remettre en honneur l'excision; non plus l'excision timide des anciens, mais une excision hardie, exécutée *sans ligature préalable*, l'excision, en un mot, telle que la plupart des chirurgiens la pratiquent encore de nos jours. Il est juste de dire que Lisfranc et Velpeau, partisans

convaincus de cette opération, contribuèrent aussi, pour une large part, à la faire adopter comme méthode générale.

On ne saurait disconvenir que cette pratique nouvelle réalisait un important progrès chirurgical, car elle reposait sur une connaissance plus exacte de l'anatomie des polypes, et l'ablation de ceux-ci se trouvait, de la sorte, très simplifiée. L'hémorrhagie, tant redoutée dans les siècles précédents, était reconnue comme un accident fort rare, et désormais, de par la constitution des tumeurs elles-mêmes, le chirurgien paraissait n'avoir plus à s'en préoccuper. C'est ainsi que Dupuytren, sur plus de deux cents excisions, affirmait ne l'avoir observée que deux fois; que Lisfranc, de son côté, n'avait eu également à la combattre que deux fois sur cent soixante-cinq cas; et qu'enfin Velpeau écrivait en 1839, dans sa *Médecine opératoire*, ces phrases significatives : « Les recherches et les dissections que j'ai pu faire, d'accord avec M. Hervez de Chégoin, m'ont démontré que les corps fibreux proprement dits peuvent être excisés sans le moindre inconvénient. Jamais, en effet, ils ne tiennent à la matrice par un pédicule pourvu de vaisseaux volumineux. La couche, ordinairement très mince de l'utérus, qui leur sert de coiffe, est réduite à une simple coque qu'il suffit d'inciser, pour que leur énucléation puisse être facilement terminée avec les doigts ou le manche d'un scalpel. »

Tout en reconnaissant que l'excision par l'instrument tranchant réalisait un progrès, peut-on admettre que cette sorte de dédain pour l'hémorrhagie se trouvait bien justifiée? Pour ma part, je ne le pense pas; et j'estime que les grands chirurgiens dont j'ai parlé, voulant réagir contre des craintes exagérées, ont fortement atténué et la fréquence et la gravité des complications hémorrhagiques. Prendre à la lettre leurs affirmations sur ce point me semblerait donc peu conforme à la vérité. Pour appuyer à cet égard mon opinion, je pourrais invoquer des preuves positives, que j'ai déjà produites ailleurs. Mais aujourd'hui je veux me borner à citer un nouveau fait des plus démonstratifs; c'est l'observation même que j'annonçais au début de ce travail.

Le 9 avril dernier, M. le Dr Lannelongue, mon collègue à la Société de chirurgie, m'adressait une de ses clientes avec cette note : « *Grossesse compliquée de polype utérin ;* veuillez accepter la direction de la malade et faire ce que vous jugerez bon. » Séance tenante j'interrogeai et examinai la malade.

Elle était âgée de 33 ans, d'une pâleur anémique assez prononcée et enceinte, pour la cinquième fois, d'environ cinq mois et demi. Sa dernière époque régulière datait, en effet, du 17 octobre, et le volume de l'utérus, à part une certaine exagération du liquide amniotique, concordait assez bien avec cet âge présumé de la grossesse. Celle-ci, d'ailleurs, avait été complètement méconnue pendant les premiers mois, en raison des pertes sanguines répétées qui s'étaient produites. Sous l'influence de la moindre fatigue une hémorrhagie plus ou moins notable se manifestait, et d'ordinaire la seule action du repos la faisait promptement cesser.

Par le toucher, il me fut facile de reconnaître la cause de ces accidents ; un polype, de la longueur et du volume du petit doigt, occupait le fond du vagin et pénétrait dans la cavité du col utérin, siège de son implantation. Ce néoplasme, de forme cylindroïde, offrait sur tous ses points une consistance ferme comme celle qui caractérise les polypes fibreux. Sa présence dans le vagin déterminait une leucorrhée assez abondante.

Dans ces conditions, que convenait-il de faire? Tenter une opération radicale, si bénigne qu'elle fût, pouvait provoquer une fausse couche. D'autre part, aucun des inconvénients présignalés ne justifiait l'ablation d'urgence. L'expectation me parut donc seule indiquée et je me bornai à prescrire quelques toniques, des injections, etc.

Le 3 juin, c'est-à-dire sept semaines après mon premier examen, la grossesse ayant atteint environ sept mois et une semaine, je trouve l'utérus très développé, renfermant beaucoup de liquide ; aucune partie fœtale n'étant engagée, le petit bassin est absolument libre ; le col utérin, très élevé, rend plus difficile l'exploration du polype. Celui-ci a sensiblement augmenté de volume, car ses dimensions sont actuellement celles du

doigt indicateur. Un flot de sang accompagne cet examen, et l'hémorragie, qui déjà s'était manifestée plusieurs heures auparavant, se continue pendant une demi-journée encore. D'autres pertes plus légères ont eu lieu également depuis le 9 avril. Aussi, l'état général de la malade est-il peu satisfaisant ; d'autant moins qu'elle est sujette à des accès de gastralgie en même temps que très préoccupée de sa situation.

Malgré cette aggravation, dont je suis soucieux moi-même, je crois bon de différer encore l'ablation de la tumeur, estimant que le moment plus favorable pour l'opération sera celui de l'accouchement, si toutefois aucun accident nouveau ne la rend urgente auparavant. Mon inspiration fut heureuse, car à partir de ce moment, les conditions s'amendèrent d'une manière assez sensible.

Enfin, le 30 juin, à huit mois et une semaine de grossesse, je suis mandé en hâte à 1 heure du matin : la veille au soir, vers 10 heures, un flot abondant de liquide amniotique avait fait subitement irruption, et depuis lors, les eaux continuaient de couler, mais sans aucune douleur d'accouchement. Du reste, pas une goutte de sang. Le polype a encore augmenté de volume ; ses dimensions actuelles dépassent certainement celles qu'il présentait au 3 juin. L'ouverture du col permet d'arriver (quoique très difficilement, en raison de l'élévation des parties) jusque vers sa racine qui émerge de la paroi postérieure de la cavité cervicale elle-même. La tête du fœtus répond au détroit supérieur et n'est pas encore engagée.

Privée de sommeil et l'esprit toujours inquiet, la patiente se montre très affaiblie, très déprimée. Comme l'utérus, malgré l'écoulement des eaux, prolonge son état d'inertie et que l'excision du polype ne peut plus désormais nuire à la grossesse, je me décide à enlever la tumeur.

Je fis l'opération vers midi, par conséquent quatorze heures après la rupture de l'œuf et (comme on le verra bientôt) quinze heures avant le vrai début du travail. J'eus recours, à cet effet, au procédé opératoire que j'ai décrit, en 1875, devant la Société de chirurgie, c'est-à-dire que, voulant me faciliter l'ablation du

polype et me mettre à l'abri de toute hémorrhagie, j'employai le serre-nœud comme instrument d'excision. Bien m'en prit, ainsi qu'on peut s'en assurer par l'examen de la tumeur ; car celle-ci, très vasculaire et constituée dans sa moitié supérieure par une sorte de tissu spongieux, eût infailliblement déterminé une perte redoutable, si je l'eusse attaquée avec le bistouri ou les ciseaux. Au contraire, grâce à l'usage du constricteur, je pus sectionner le polype au niveau même de sa racine, sans provoquer la moindre perte de sang.

Ce ne fut que le lendemain, 1er juillet, à 3 heures du matin, que les premières douleurs de l'accouchement se manifestèrent.

Les choses se passèrent d'ailleurs très simplement, et après un travail de quatre heures, l'enfant naquit vivant en deuxième position du sommet. C'était une petite fille très délicate, du poids de 2,250 grammes. A part une certaine lenteur dans l'involution utérine, les suites de couches furent tellement exemptes de complication, que la mère put allaiter avec succès.

Voici maintenant quels étaient les caractères anatomiques du polype. Quoique condensée par sa conservation dans l'alcool, la pièce elle-même permet encore de les constater assez facilement.

De forme cylindroïde, avec un renflement vers son extrémité libre, ce néoplasme mesurait 7 centimètres de long et 12 millimètres de diamètre à sa racine. On peut voir que la section de celle-ci est très nette et que son plan est bien perpendiculaire à l'axe de la tumeur. A ce point de vue, le bistouri n'eût certainement pas mieux fait que l'anse métallique du constricteur. Rouge et vascularisé dans sa moitié supérieure, le polype est, au contraire, d'un blanc grisâtre dans sa moitié inférieure, qui est en même temps plus sèche et plus ferme.

Diverses sections pratiquées dans sa masse mettent en évidence, sur la moitié supérieure, de très nombreux vaisseaux, dont quelques-uns sont de véritables sinus à lumière béante. Leur direction est longitudinale et leur agglomération donne au tissu un aspect comme charnu. Sur la moitié inférieure, au

contraire, le tissu est plus dense et dépourvu de gros vaisseaux. Quoique la limite entre ces deux portions soit très nette, le tissu de l'une paraît néanmoins en parfaite continuité avec celui de l'autre.

Trois fragments ayant été retranchés de la tumeur (1° à sa racine; 2° au point de jonction des portions rouge et grise; 3° à son extrémité libre), M. le D[r] Martin, chef du laboratoire d'anatomie des Enfants-Assistés, voulut bien en faire l'examen microscopique, et voici la note qu'il m'a remise à ce sujet.

« 1° *Fragment de la racine.* — A l'œil nu, de gros vaisseaux béants se remarquent sur la coupe. Aspect fibrillaire, les fibres étant dirigées parallèlement au grand axe du polype. Après durcissement, on voit sur des coupes, qu'à ce niveau, la tumeur est uniquement constituée par des fibres musculaires lisses. C'est un véritable tissu spongieux, tant les vaisseaux de tout calibre y sont en grand nombre. Les fibres-cellules forment de véritables anneaux concentriques autour des vaisseaux. Ceux-ci ne contiennent pas du tout de globules sanguins; leurs parois ne sont nullement altérées.

« 2° *Fragment de la région moyenne.* — Ici, le polype est encore formé, presque en totalité, de fibres-cellules musculaires lisses. Ces fibres sont également rangées en cercles concentriques tout autour des vaisseaux. Mais la paroi de ces derniers est presque partout sensiblement altérée. Il existe une prolifération notable de leurs parois, en un mot de l'endartérite. D'où l'on peut conclure que la circulation sanguine devait être entravée à ce niveau.

« 3° *Fragment de l'extrémité libre.* — En ce point, à l'œil nu, le polype offre une teinte blanc-nacre. On pouvait y résumer l'absence de fibres-cellules musculaires; de fait, nous n'avons plus là, de myôme pur : c'est un mélange de fibres musculaires et de corps fusiformes disposés en cercles concentriques autour des vaisseaux. Ceux-ci sont d'ailleurs bien moins nombreux que dans les régions précédentes.

« Il s'agit, en un mot, d'un polype formé de fibres musculatres ou d'un *myôme*. L'extrémité libre est le seul point où l'on

rencontre des corps fusiformes. Quant aux différences de coloration, elles tiennent simplement à des variations dans la richesse vasculaire. »

Cette relation ne laisse, je pense, aucun doute relativement à la gravité de l'hémorrhagie que j'aurais eu à combattre, si j'eusse pratiqué l'excision avec le bistouri ou les ciseaux. Et l'on remarquera qu'il s'agissait d'un fibroïde de petites dimensions. Or, pour les tumeurs qui atteignent un grand volume, la vascularisation de quelques-unes de leurs parties est chose si peu exceptionnelle, que les chirurgiens, même les plus confiants dans le bistouri, n'osent plus les attaquer actuellement qu'avec l'écraseur de Chassaignac.

Sans insister davantage sur ce sujet, je me crois autorisé à dire que, malgré la structure habituelle des polypes fibreux, ces tumeurs, soit par elles-mêmes, soit par leurs connexions avec le tissu utérin, sont parfaitement susceptibles de déterminer, pendant leur excision, des pertes sanguines plus ou moins redoutables.

S'il en est ainsi, un premier point me semble acquis : c'est que, dans nombre de cas, l'emploi de l'instrument tranchant prive le chirurgien de toute sécurité à l'égard de l'hémorrhagie. Et cet inconvénient doit paraître d'autant plus grave, que l'opération se pratique très souvent sur des femmes déjà fortement anémiées par des pertes antérieures.

L'excision par le bistouri ou par les ciseaux est-elle, du moins, une opération simple et facile? Dans certains cas, assurément. Tels sont ceux dans lesquels le polype est petit, de forme allongée ou nettement pédiculée, et lorsqu'en même temps il émerge du col ou de son voisinage, chez une femme à vagin non étroit, dont la matrice se trouve être très accessible. Mais dans les conditions opposées, qui ne sont pas rares, il en est tout autrement. Afin de guider l'instrument et de préserver les parties saines de son action, l'opérateur, en effet, se voit obligé d'attirer le polype jusqu'à la vulve, et, dans ce but, d'exercer avec de fortes pinces, même à l'aide du forceps, des tractions plus

ou moins violentes, soit sur la tumeur, soit sur la matrice elle-même.

De telles manœuvres, si bien conduites qu'on le suppose, ne sauraient être évidemment toujours innocentes. Aussi, certaines complications des plus graves en dérivent-elles parfois directement. Le fait est si vrai que les partisans des tractions *sur le polype* reprochent vivement aux chirurgiens qui abaissent l'utérus, d'exercer sur cet organe des violences aussi dangereuses qu'irrationnelles; tandis que, de leur côté, ces derniers adressent les mêmes critiques aux tractions faites *sur la tumeur*.

De ce court exposé, il résulte clairement que l'excision par l'instrument tranchant ne saurait être considérée, le plus souvent, comme une méthode simple et facile.

Bien plus, cet abaissement forcé, soit du polype, soit de l'utérus, n'est pas toujours chose réalisable. Certains cas, tels que celui de mon observation et bien d'autres, sur lesquels je n'ai pas à m'appesantir, ne comportent absolument pas une telle opération préliminaire. Dès lors, l'ablation de la tumeur par ce moyen cesse d'être praticable.

On voit donc que, comme *sécurité*, comme *simplicité* et comme *étendue d'action*, l'excision par l'instrument tranchant laisse fort à désirer; et c'est là ce que je tenais tout d'abord à démontrer.

D'ailleurs, tout en restant partisans du bistouri, les chirurgiens de nos jours ont bien senti ces imperfections; car, la plupart d'entre eux, ainsi que je le disais tout à l'heure, n'hésitent plus à préférer l'écraseur de Chassaignac, toutes les fois qu'il s'agit d'enlever un polype volumineux.

Cet instrument, en effet, non seulement peut mettre en sûreté contre l'hémorrhagie, mais il permet encore d'exciser *parfois* la tumeur sans abaissement préalable. Sous ce double rapport, sans nul doute, il se montre supérieur à l'instrument tranchant. Mais, par contre, on peut lui reprocher d'être d'un difficile emploi pour l'excision des petits polypes, de n'effectuer la section des tumeurs en général qu'en attirant à lui les tissus

circonvoisins, de présenter quelquefois une direction vicieuse de sa chaîne, direction qui entraîne nécessairement une section très oblique du néoplasme, et enfin, de ne pouvoir être utilisé toutes les fois que le polype s'implante profondément dans l'utérus.

Avec des avantages spéciaux que n'offre pas l'instrument tranchant, l'écraseur de Chassaignac présente donc aussi de notables inconvénients.

Tout au contraire, le serre-nœud, avec sa corde flexible et ses degrés différents de puissance, me paraît être l'instrument par excellence, le véritable instrument d'élection, pour l'excision des tumeurs dont il s'agit, que celles-ci soient de petite ou de grande dimension, qu'elles se montrent pédiculées ou sessiles, que leur racine émerge du col ou du fond même de la cavité de l'utérus. Le serre-nœud seul, en effet, peut combler les *desiderata* auxquels ni l'instrument tranchant, ni l'écraseur de Chassaignac ne permettent de satisfaire.

En d'autres termes, il présente comme avantages essentiels :

1° De mettre à l'abri de l'hémorrhagie (qualité qu'il possède au même degré que l'écraseur à chaîne);

2° D'être d'une application généralement facile et de ne point nécessiter l'abaissement préalable, soit du polype, soit de l'utérus;

3° Enfin, d'offrir un champ d'action presque illimité, c'est-à-dire de rendre possible l'excision des tumeurs qui s'implantent jusque sur le fond de la matrice.

Grâce à la facilité d'incliner à tous les degrés son anse métallique sur la tige, on parvient, en effet, à étreindre avec le serre-nœud, les polypes les plus variés de forme et de siège. Dans ce but, il convient d'introduire l'instrument à la manière du forceps, c'est-à-dire que la tumeur une fois engagée dans la lumière de l'anse, on conduit celle-ci jusqu'à la racine du polype à l'aide d'un simple mouvement de propulsion et d'abaissement de la tige. La section devient ensuite des plus faciles.

Seules, les très grosses tumeurs semblent se soustraire à ce

procédé opératoire, en raison de la difficulté de passer la corde métallique entre elles et les parois vaginales. Encore cette difficulté pourrait-elle n'être pas insurmontable. Toutefois, pour ces cas spéciaux peut-être, l'écraseur à chaîne, avec la modification que lui a fait subir M. Després (de Saint-Quentin), serait-il l'instrument préférable.

Quoi qu'il en soit, comme le serre-nœud, de même que l'écraseur, tend à redresser son anse coupante à mesure que celle-ci se rétrécit, j'ai pu, à l'aide d'un artifice bien simple, annuler cet inconvénient et forcer l'anse à conserver le degré d'inclinaison le plus favorable. Il suffit, pour cela, de fixer un cordon sur le sommet de l'anse avant d'appliquer le serre-nœud et, lorsqu'on fait jouer ce dernier, de tirer de temps en temps sur le cordon, afin d'abaisser l'anse dans la mesure que l'on juge le plus convenable. De la sorte, on peut opérer la section perpendiculairement à l'axe du pédicule et éviter les sections obliques de la tumeur, telles que l'écraseur, avec sa chaîne inflexible, les donne trop fréquemment.

Pour les autres détails relatifs à l'emploi du serre-nœud, je ne crois pas devoir y insister ici; chacun les connait suffisamment.

Je terminerai donc en formulant cette unique conclusion :

Des trois méthodes (ou procédés) aujourd'hui utilisables pour l'ablation des polypes utérins, celle qui consiste dans l'emploi du serre-nœud me paraît être de beaucoup la plus avantageuse, parce qu'elle se montre à la fois la plus sûre, la plus simple et la plus susceptible d'une application très étendue.

Nous faisons suivre le mémoire de M. Guéniot de l'importante discussion qu'il a soulevée à l'Académie de médecine et des réflexions que notre maître, le professeur Pajot, a bien voulu nous communiquer sur cette question.

A la suite de la communication de M. GUÉNIOT *sur les méthodes opératoires des polypes de l'utérus*, l'intéressante discussion suivante s'est engagée à l'Académie.

M. L. LABBÉ reproche à M. Guéniot d'avoir laissé dans l'ombre le côté nouveau de la thérapeutique chirurgicale des polypes utérins. Aujourd'hui on se préoccupe surtout d'éviter les accidents infectieux ; c'est pourquoi toute opération lente, à temps successifs, ayant pour but la destruction d'une production morbide par gangrène ou par suppuration doit être laissée de côté. C'est ainsi que la méthode de Levret, pour le traitement des polypes utérins, la ligature, qui consiste, comme on sait, à amener la chute lente, progressive, de la tumeur, est complètement abandonnée. Il est cependant un procédé moderne qui s'en rapproche beaucoup par certains côtés : c'est la ligature élastique, préconisée par certains chirurgiens éminents. Quant à moi, dit l'orateur, je ne l'accepte pas, et je lui fais le même reproche qu'à la méthode de Levret, c'est d'agir avec trop de lenteur. Il y a, dans ce procédé, des éléments d'infection ; il est donc du devoir du chirurgien d'agir plus rapidement, si la chose est possible, et elle l'est.

L'excision, bien que défendue par des chirurgiens très autorisés, me paraît également devoir être rejetée; elle a pour inconvénient, à mes yeux, d'ouvrir parfois des vaisseaux importants et d'exposer à des hémorrhagies. Il est une opération mixte, l'excision combinée avec la cautérisation ponctuée, qui me semble acceptable; mais mieux vaut encore ne recourir qu'à un seul temps de cette double opération. Quant à l'écraseur linéaire, quelque admiration d'ailleurs que je professe pour son inventeur, je n'en comprends l'emploi que dans certains cas précisément analogues à celui de M. Guéniot, où le pédicule est parfaitement accessible et facilement abordable, où l'opération, en un mot, est des plus simples et des plus faciles. Mais il est une variété de polypes utérins dont il faut s'inquiéter : ce sont ces polypes fibreux, volumineux, qui s'insèrent, par une large implantation, sur le fond même de l'utérus, l'entraînent avec eux, en descendant dans le vagin, et déterminent ainsi une véritable inversion, un renversement plus ou moins complet de l'utérus. L'emploi de la chaîne de l'écraseur, dans ces cas, peut être des plus dangereux, et il faut que les jeunes chirurgiens sachent bien que cette chaîne d'écraseur attire les tissus, peut en conséquence englober dans son anse le fond même de l'utérus, et qu'ils risquent ainsi d'en amener la perforation et de voir les intestins sortir par le fond de la plaie, comme cela est arrivé un trop grand nombre de fois. Le choix de l'instrument à employer est donc ici de la plus haute importance. Pour ces polypes, à

base large, s'insérant sur le fond même de l'utérus, l'écraseur linéaire doit être laissé de côté. Le serre-nœud serait plutôt applicable : il offre cet avantage qu'on peut se le procurer partout; mais je lui préfère de beaucoup l'anse galvanocaustique. Là, en effet, où vous placez cette anse, elle fait sa section, de telle sorte que vous savez toujours exactement où vous agissez. En outre, la section obtenue par cet instrument est nette et absolument sèche. Quand vous avez bien placé votre anse sur le point que vous voulez sectionner et bien perpendiculairement à l'axe de la tumeur, vous faites passer un courant très faible pour porter l'anse au rouge sombre, et vous sectionnez lentement votre tumeur sans provoquer la moindre hémorrhagie, contrairement à ce qui aurait lieu si vous portiez l'anse au rouge blanc.

C'est donc au galvanocautère qu'il faut recourir dans les cas surtout où il s'agit de tumeurs volumineuses et vasculaires. Cet instrument m'a rendu, tout récemment encore, les plus grands services dans un cas où il s'agissait d'un volumineux polype implanté sur le fond de l'utérus, chez une femme d'un certain âge, mais qui avait conservé les organes génitaux d'une jeune fille, de telle sorte que l'introduction de la main était des plus difficiles. J'ai dû enlever la tumeur par morcellement avec l'anse galvanique, en me servant du spéculum de Sims qui, dans ces circonstances, rend également les plus grands services. J'ajouterai que, avant comme après l'opération, j'ai recours à toutes les précautions de la méthode antiseptique.

M. Verneuil. Il y a huit jours, nous entendions un premier réquisitoire contre l'écraseur linéaire ; aujourd'hui nous venons d'en entendre un second, plus violent encore que le premier. Je suis entièrement opposé à mes deux collègues. M. Guéniot, tout en déclarant que l'écraseur est un bon instrument, y trouve de sérieux inconvénients ; M. Labbé l'accuse d'avoir commis des désastres en ouvrant le fond de l'utérus. Les cas de renversement complet de l'utérus déterminé par la présence d'un polype sont extrêmement rares et même exceptionnels. Je ne connais qu'un cas de mort publié par M. Tillaux à la Société de chirurgie; je demanderai donc à M. Labbé de nous donner des renseignements bibliographiques plus complets sur les cas malheureux auxquels il a fait allusion. M. Labbé nous propose l'anse du galvanocautère. On connaît mon opinion sur l'anse galvanocaustique ; il fut même un temps où nous étions seuls, Broca et moi, à l'employer. Je ne suis donc pas l'ennemi de cet instrument,

loin de là. Mais à partir du moment où j'ai pu tenir d'une main l'écraseur et de l'autre le thermocautère, je n'ai plus eu besoin de l'anse galvanique. Combien y a-t-il de pays en France où l'on puisse trouver un galvanocautère ? Il faut songer que nous ne sommes pas seulement des opérateurs, mais aussi des instructeurs, et que nous devons tenir compte des conditions dans lesquelles doivent se trouver la plupart de ceux que nous instruisons; il ne faut donc pas abandonner l'écraseur linéaire. J'ajouterai que, pour l'ablation des polypes utérins, l'anse galvanocaustique est plus difficile à manier que l'écraseur ; qu'en outre, elle ne met pas plus sûrement à l'abri d'accidents hémorrhagiques et infectieux. On doit donc lui conserver la prééminence pour l'ablation des polypes utérins. M. Guéniot dit que l'anse métallique est plus facile à introduire que la chaîne d'écraseur. Je ne suis pas de son avis, surtout si l'on emploie la chaîne si heureusement modifiée par M. Desprès (de Saint-Quentin), ou si l'on a soin, comme je le fais, de la rendre rigide en l'entourant d'un fil de fer en spirale qui l'oblige à rester béante. On répond ainsi aux justes desiderata exprimés par M. Guéniot relativement à l'emploi de l'écraseur pour l'ablation de ces polypes. Je me résumerai donc en disant que l'écraseur linéaire, avec les modifications dont j'ai parlé, constitue le meilleur instrument pour ces opérations, qu'il est d'une introduction facile et qu'il n'offre aucun danger.

M. Gosselin. Je laisserai de côté, dans l'intéressante communication de M. Guéniot, cette importante particularité de l'intervention chirurgicale pendant l'état de grossesse ; je laisserai de côté également les volumineux polypes qui remplissent la cavité vaginale et nécessitent le morcellement pour leur ablation, comme dans le cas dont a parlé M. Labbé ; je ne m'occuperai que des petits polypes qui font saillie dans le vagin. Sans vouloir exagérer avec M. Guéniot les avantages du serre-nœud de Maisonneuve, avec M. Labbé ceux du galvanocautère, avec M. Verneuil ceux de l'écraseur linéaire, je dirai que tous ces instruments sont bons, mais je préfère encore l'excision avec les ciseaux. On s'effraie à tort de l'hémorrhagie ; on en a très rarement avec les ciseaux : sur 50 opérations de polypes utérins que j'ai faites avec les ciseaux, je n'ai eu qu'une seule hémorrhagie, facilement arrêtée d'ailleurs par le tamponnement. Je rappellerai, à cette occasion, que les pertes sanguines qu'ont les femmes atteintes de polypes viennent, non pas du polype lui-même, mais de la muqueuse utérine congestionnée. L'excision de la masse polypeuse ne saurait

donc entraîner des dangers sérieux d'hémorrhagie. Ce qu'il faut surtout chercher à éviter, ce sont les accidents septiques qui doivent préoccuper le chirurgien bien plus que l'hémorrhagie dans ce cas. Nous possédons aujourd'hui des moyens sûrs d'éviter ces accidents. Pour parer à l'inconvénient signalé par M. Guéniot, à la traction de l'utérus lui-même, nous avons la pince de Museux qui remplit ce double office d'immobiliser le polype et de tendre un peu le pédicule. Sans condamner aucun des instruments dont il a été question, je donne la préférence à la simple excision avec des ciseaux, en maintenant la tumeur avec la pince de Museux.

M. Trélat. J'ai éprouvé un plaisir toujours croissant en entendant ceux de mes collègues qui viennent de se succéder à cette tribune. Je partage entièrement l'opinion de M. Gosselin. Sans vouloir discuter ici les avantages et les inconvénients de la torsion préconisée par M. Richet, du serre-nœud de Maisonneuve, de l'écraseur linéaire, du galvanocautère, je dirai que chacune de ces méthodes opératoires a ses indications et ses contre-indications, que chacun de ces instruments possède des facultés spéciales que nous devons bien connaître, que ces divers modes opératoires sont applicables à des circonstances déterminées. La difficulté n'est pas dans le choix de l'instrument ou de la méthode opératoire ; elle est dans la nécessité de faire préalablement un diagnostic exact, de se rendre compte du siège exact, du volume, du véritable point d'implantation de la tumeur. Pour les petites tumeurs, tous les procédés sont bons ; pour les tumeurs moyennes, l'excision avec les ciseaux est avantageuse.

Mais, là où surgissent les difficultés, sans parler encore des tumeurs, si volumineuses qu'elles ne peuvent être enlevées que par le morcellement, c'est en présence de ces tumeurs à développement lent, n'ayant pas encore franchi le col utérin, et nécessitant une intervention prompte parce qu'elles mettent la vie des malades en danger par les hémorrhagies qu'elles entraînent. Que sont ces tumeurs ? Où siègent-elles ? Où est leur pédicule ou leur point d'implantation ? Ne renferment-elles pas de gros vaisseaux ? J'en ai trouvé du volume du petit doigt ; la paroi utérine n'est-elle pas amincie ? Et ici nous trouvons l'explication des désastres signalés par M. Labbé. Telles sont autant de questions à résoudre avant de fixer le choix du procédé opératoire, car il en est, de ces tumeurs, qui défient toutes les méthodes. La difficulté n'est donc pas instrumentale. Avec l'écraseur, avec le galvanocautère, avec le thermocautère, avec l'anesthésie,

avec les moyens antiseptiques, nous jouissons de ressources variées, puissantes et précieuses; mais ce qui reste difficile et ce qui demande de l'expérience, de la lecture et de l'observation clinique, c'est d'arriver à déterminer, préalablement à toute intervention, le siège, le volume, la profondeur, la pédiculisation des corps fibreux utérins. Je me résumerai donc en disant que, dans la chirurgie des corps fibreux intra-utérins, la difficulté n'est pas d'ordre instrumental, mais réside dans le diagnostic.

M. Tillaux. Dans la communication de M. Guéniot, il ne s'agit que de polypes sortis de la cavité utérine, ayant franchi le col utérin, et non de tumeurs fibreuses intra-utérines. Il faut distinguer les premiers en deux catégories, ceux qui s'implantent sur le fond de l'utérus, et ceux qui s'implantent sur l'une des parois du col. Lorsqu'ils s'implantent au fond de l'utérus, ils peuvent renverser celui-ci en cul-de-bouteille, de telle sorte qu'il n'y ait plus de ligne de démarcation entre le polype et l'utérus renversé. C'est là une variété de polypes très importante, car pour celle qui s'implante sur une paroi du col il n'y a aucune difficulté. C'est dans un cas de l'autre variété que j'ai eu recours une fois à l'écraseur et que j'ai déterminé une perforation du fond de l'utérus. Je me crois donc autorisé à dire : dans les cas où ces polypes ne sont pas parfaitement pédiculisés, ne vous servez jamais de la chaîne d'écraseur, ni d'aucune autre chaîne ou serre-nœud. N'endormez jamais les malades dans ces cas, et vous aurez un renseignement très précieux tiré de la sensibilité. Tant que la malade sentira, vous serez sur la muqueuse utérine; à partir du moment où elle cessera de sentir, vous serez sur le polype, car les polypes fibreux de l'utérus sont tout à fait insensibles. Alors seulement vous pouvez sectionner.

Pour notre compte, nous avons fait six fois l'ablation de polypes utérins; le plus volumineux avait la grosseur du poing et se trouvait encore contenu dans l'utérus par un tiers de son volume; le plus petit était gros comme une cerise.

C'est avec le serre-nœud et le fil de fer recuit, qu'a été opéré le plus volumineux, en présence de MM. les Drs Martin de Gimard et Galtier-Boissières. La malade, au dernier degré de l'anémie, n'a pas perdu une goutte de sang et s'est complètement rétablie sans accident aucun. Mais nous croyons qu'un des meilleurs moyens d'éviter l'hémorrhagie est de procéder à la

section avec une extrême lenteur et sans chloroforme pour les raisons données par M. Tillaux.

Les cinq autres cas, opérés par la torsion et l'arrachement du pédicule avec une pointe de feu sur le lieu d'implantation, n'ont présenté non plus aucunes suites fâcheuses.

Nous croyons encore qu'il faut, comme le fait M. Trélat pour les divers procédés, opérer une sélection dans les avis de tous les honorables chirurgiens.

Nous partageons les opinions de M. Labbé sur les ciseaux, de M. Verneuil sur l'écraseur; nous partageons l'avis de M. Gosselin sur la septicémie, et M. Trélat a excellemment montré que chacun des procédés « et des instruments possède *des facultés*, (une action, des propriétés, ou des qualités serait plus juste) spéciales, que ces divers modes opératoires sont applicables à des cas déterminés et que les difficultés ne sont pas là. » On ne saurait mieux dire.

Enfin les remarques de notre ami Tillaux sur la distinction des polypes en deux catégories ne doivent jamais être perdues de vue dans ces opérations très faciles ou très difficiles selon les catégories.

Il est un point qui n'a pas été touché par mes collègues dans cette instructive discussion; or, ce point explique très clairement un côté des divergences d'opinions dans le choix des instruments et du mode opératoire.

La *nature* des polypes de l'utérus ne doit-elle pas être prise en grande considération avant de décider par quel procédé on les opérera?

On peut enlever 50 polypes de suite avec les ciseaux et n'avoir point d'hémorrhagie. On pourrait, dans une autre série, avoir 10 à 20 fois des hémorrhagies sur 50.

Si, comme l'a très justement fait remarquer M. Gosselin, la muqueuse, et non le polype, produit l'hémorrhagie avec les polypes fibreux (les plus communs, il est vrai, dans la matrice), il est d'autres polypes qui saignent très abondamment au moindre froissement, comme le font certaines végétations du cancroïde.

Pour ces polypes, et ils ne doivent pas être très rares, puisque le hasard nous en a fait remontrer deux sur six, et que notre confrère M. le Dr Bastien, ancien prosecteur des hôpitaux, nous

a dit en avoir vu plusieurs, nous nous rangeons à l'avis de M. L. Labbé.

Aux ciseaux, il semble plus prudent de préférer la torsion, l'arrachement du pédicule et la cautérisation du point d'implantation, en vertu de ce principe qui dominait, de notre temps, l'enseignement obstétrical à la Faculté : « Mettons toutes les chances connues de notre côté; il y en a toujours assez contre nous, que nous ne connaissons pas (1). »

Prof. PAJOT.

LA PRATIQUE DE L'OBSTÉTRIQUE
CHEZ LES CHINOIS.

Par M. Robert Harris.

(*Traduit de l'anglais, par le* Dr PAUL ROBET.)

Il n'y a peut-être aucune branche de la pratique médicale où les médecins chinois fassent preuve d'une somme d'ignorance achevée aussi grande que dans celle des accouchements. Tout leur système de médication est absurde; mais en dehors de cela, leur traitement le plus en faveur dans les cas de travail difficile est fondé sur une idée complètement fausse de l'anatomie des organes pelviens, du pelvis et du mécanisme du travail. Mon attention a été appelée particulièrement sur ce sujet en lisant dernièrement une traduction faite par le Dr John G. Kerr, de Canton, d'un traité chinois d'obstétrique intitulé : « The Tat Shang Pin » ou l'art des accouchements rendu facile, publié par la librairie Lewis du collège des médecins. Qui en a été l'auteur, quand a-t-il été écrit, on l'ignore; mais on croit qu'il date de plusieurs siècles. Comme cet ouvrage fait autorité en Chine et qu'on le distribue gratuitement afin d'en répandre les lumières parmi la classe pauvre, il mérite notre

(1) Dès 1843, alors que j'étais chargé du compte-rendu des cliniques de la Charité, dans la *Gazette des hôpitaux*, j'ai entendu plusieurs fois Velpeau, repousser les ciseaux pour l'ablation des polypes, et citer des cas d'hémorrhagie mortelle.

attention, car il représente l'exposé de l'enseignement et de la pratique des accoucheurs chinois dans les cas de travail aussi bien simple que laborieux. Le Dr Kerr dit : « C'est l'autorité classique dans tous les cas difficiles, » il est donc juste de le prendre pour base de nos recherches sur la pratique de l'obstétrique dans le Royaume Fleuri. L'ouvrage abonde en sophismes les plus forts ; il suppose les cas les plus improbables et impossibles; et fait preuve de la plus grande ignorance en ce qui regarde la gestation, le mécanisme du travail, les causes qui rendent difficile l'expulsion du fœtus et la délivrance. Le but de l'auteur paraît être de soutenir cette opinion que le travail serait toujours simple et normal si les femmes voulaient garder le repos, dormir, rester parfaitement tranquilles et passives et ne faire aucun effort, excepté dans des cas exceptionnels, à la fin de la deuxième période du travail, pour aider le passage du fœtus en se couchant sur le ventre.

Pour mieux comprendre l'insanité des accoucheurs chinois, examinons les croyances et les opinions médicales particulières de ces orientaux ainsi que le fondement sur lequel reposent leurs idées. N'ayant jamais disséqué de corps humains ni fait d'autopsies, ils ignorent complètement l'anatomie; mais n'ayant pas l'esprit de cacher leur ignorance, ils essaient de se former une représentation idéale de nos organes internes et de leurs rapports, se rendant eux-mêmes ridicules aux yeux de tous ceux qui ne sont pas de leur nation. Il ne semble pas que le cerveau d'un docteur chinois ait jamais pu concevoir cette idée que nous ressemblions pour la forme et la disposition de nos viscères aux animaux inférieurs qu'ils tuent tout les jours. Mais comme l'homme est supérieur à la brute, ils lui attribuent une anatomie idéale et un ensemble d'organes qui ne ressemble à rien de ce qui existe dans la nature. C'est ainsi que les poumons passent pour avoir six lobes, pour être attachés à la troisième vertèbre cervicale et pour être le siège de l'âme. La trachée a, selon eux, 5 cent. de diamètree et 35 cent. de longueur. Un ouvrage d'anatomie, représentant la façon dont ils conçoivent la trachée et les bronches, leur donne la forme d'une plante ren-

versée avec de grandes feuilles réunies comme une corolle. Le foie est représenté comme ayant sept lobes et préside, selon eux, au mouvement des yeux, etc. Le cœur a sept orifices et règle l'intelligence ; le péricarde l'enveloppe afin de le protéger contre les vapeurs toxiques.

Les anatomistes chinois ignorent les fonctions des organes et n'ont aucune idée de la circulation du sang ni des échanges qui se font dans le poumon. Il croient que les artères contiennent de l'air et que le pouls a dans chaque poignet des rapports avec les différents viscères. Quand ils veulent faire un diagnostic ils ne consultent que le pouls pour déterminer quel est l'organe qui est affecté et dans quelle condition il l'est. On tâte le pouls juste au-dessus du poignet et même un peu plus haut, d'abord d'un côté, puis de l'autre. Ainsi les maladies du cœur sont reconnues par le pouls du côté gauche et celles du foie par celui du côté droit ; celles des reins en explorant un peu plus haut et celles de l'estomac en un point encore plus élevé.

Dans l'esprit des Chinois les éléments constitutifs du corps consistent dans la chaleur vitale (*yang*) et dans un fluide fondamental (*yin*) qui réside dans le sang et les esprits vitaux ; leur union constitue la vie, leur séparation, la mort. La chaleur vitale siège dans les membranes viscérales et le fluide fondamental dans les poumons, le cœur, le foie, la rate et les reins. L'intestin grêle passe pour avoir seize circonvolutions et pour être en harmonie avec le cœur ; la vésicule biliaire avec le foie, le gros intestin avec les poumons, etc... La chaleur vitale et le fluide fondamental doivent être en équilibre avec les cinq éléments simples, *terre*, *feu*, *métal*, *eau* et *bois*, à chacun desquels préside une divinité différente. Ces éléments doivent être en harmonie pour constituer la santé et se maintenir les uns dans une proportion convenable en rapport avec les autres ; si l'un de ces éléments prend un ascendant supérieur, le système est dérangé, ainsi que le prouve l'excès de chaleur, de froid, d'humidité, etc. Le but de la médecine est de rétablir cet équilibre et de guérir ainsi la maladie.

Les Chinois ont un culte pour leurs ancêtres, une haute

vénération pour les choses anciennes, un grand respect pour les vieilles gens et une foi incroyable en ce qui est écrit dans les livres de leurs *anciens sages*. Tout leur système de médecine est mélangé d'idées dites philosophiques et religieuses, et n'a aucune base anatomique, physiologique ou pathologique. La littérature médicale des Chinois se compose d'un millier de volumes dont quelques-uns datent de plusieurs siècles et sont remplis des idées les plus ridicules qui aient jamais pu germer dans un cerveau humain, et de formules qui, si elles ne nous répugnaient pas par leur composition, nous surprendraient par leur manque absolu d'adaptation et, malgré cela, par leur réputation inébranlable. Une de celles, qui sont le plus hautement recommandées dans le *Tat Shang Pin* est une pilule faite avec des reins de rat et des cerveaux de lapin, à propos de laquelle l'auteur se demande « s'il y a quelque chose de mieux dans les anciennes formules? »

Les Tartares chinois, descendants de ceux qui ont conquis la Chine, bien qu'ayant introduit l'habitude de porter la queue, n'ont pas en retour été tentés d'adopter la mode pernicieuse des Chinois de se lier les pieds, ni leur idée et leur pratique médicales particulières. Au point de vue médical, les Tartares sont végétariens, leurs médecins sont tous prêtres de Lama, ils cueillent et préparent eux-mêmes leurs plantes et enseignent à leurs jeunes successeurs les secrets de leur profession, qui fait partie de l'éducation qu'ils reçoivent en vue du sacerdoce. Les médecins tartares saignent et coupent, se servant pour cela d'une corne à l'aide de laquelle ils aspirent avec la bouche, après en avoir préalablement fermé l'ouverture avec des boules de papier mâché qu'ils compriment avec la langue; mais en fait de connaissances propres à la médecine en tant que science, ils ne sont guère en avance sur les vrais Chinois qui, lorsqu'il s'agit de maladies, mélangent la médecine, la religion, la nécromancie et la philosophie spéculative, et trompent leur malade qui a une foi aveugle dans leur talent et leur pouvoir de guérir.

Après avoir examiné les théories spéculatives des médecins chinois et leur défaut de connaissances en anatomie humaine,

physiologie et pathologie, nous sommes aturellement amenés à leur enseignement en obstétrique, basé sur les conceptions de leur imagination au point de vue de la gestation et de la parturition. N'ayant jamais ouvert l'abdomen d'une femme, ni examiné la forme de son bassin, ils se sont complètement égarés sur la question de l'action musculaire de l'utérus et sur la façon dont le fœtus, comme un corps passif est forcé de parcourir la filière pelvienne et le canal vulvaire. Fondant leur opinion sur ce qu'ils voient dans la nature, ils ont conçu cette idée que la femme est passive, comme l'œuf, et que le fœtus, comme le poulet dans l'œuf, peut, si l'on n'intervient pas, sortir de lui-même. Dans le langage spécieux du *Tat Shang Pin*, « le melon quand il est mûr tombe de lui-même; » « la production des autres phénomènes n'est pas difficile à concevoir : quand le temps est arrivé pour les boutons de s'épanouir, pour les œufs de canne et de poule d'éclore, demande-t-on l'intervention de l'homme ? Il est clair que non. »

En Chine tous les accouchements ordinaires sont confiés aux sages-femmes et le médecin est rarement appelé à moins qu'il n'y ait un retard ou un obstacle. Dans l'opinion des médecins chinois de l'école de la non-intervention, les sages-femmes sont ignorantes et officieuses, toujours trop disposées à se servir de leurs mains.

Quand le travail se prolonge, elles essaient des moyens désespérés comme l'amputation d'un bras qui fait saillie à la vulve, le broiement de la tête fœtale quand elle est arrêtée au détroit inférieur. Mais une fois ces mutilations accomplies, elles sont incapables de terminer l'accouchement, faute d'avoir les instruments nécessaires et de savoir s'en servir. Les femmes chinoises, quand elles sont en travail, éprouvent une antipathie prononcée à recevoir les soins d'un homme et se privent autant que possible de son concours. Quand elles sont d'une classe élevée, leur pudeur, l'orgueil de leurs richesses et la répugnance nationale qu'elles ont pour les étrangers les empêchera de prendre un accoucheur américain ou européen, ou si elles

le font, ce sera souvent trop tard pour que son habileté puisse les sauver.

Les femmes qui vont accoucher sont assises sur un baquet, avec peu ou pas de vêtements quand il fait chaud.

Le terme chinois de sage-femme, veut dire en français « receveur de naissances » et indique la nature passive de leurs occupations qui consistent à saisir l'enfant quand, sortant de la vulve, il se trouve au-dessus du baquet, à le séparer de la mère et à le placer sur un lit. Restreindre l'action des sages-femmes, élever le peuple dans cette idée qu'on ne doit aider en aucune façon la sortie du fœtus, paraît être le but de l'ouvrage dont il est question.

L'opinion des Chinois, que les femmes doivent être passives et ne pas se retourner sur le ventre tant que la tête ne vient pas distendre le périnée, est basée sur cette ancienne hypothèse que le fœtus est assis dans l'utérus pendant tout le temps de la gestation, et qu'il ne prend la position inverse que quand le temps de la grossesse est entièrement révolu; alors il fait volontairement la culbute et s'apprête à sortir la tête la première et avec la seule aide de ses propres forces musculaires. Croyant que l'enfant est son propre agent d'expulsion, les médecins chinois, ainsi que l'enseigne l'ouvrage classique qui fait autorité, enjoignent aux femmes de ne pas se retourner, de crainte de troubler l'enfant au moment où il fait sa culbute, mais de rester couchées sur le dos, et de relâcher l'abdomen pour que le fœtus puisse plus facilement accomplir son évolution. L'accouchement par les pieds est attribué à ce que la femme s'est retournée sur le ventre avant que l'enfant ait commencé sa culbute; les présentations du bras, de l'épaule, d'un côté de la tête et les positions transversales en général, à ce que la femme s'est retournée sur le ventre pendant que le fœtus accomplissait son mouvement de culbute.

Le *Golden Mirror*, ouvrage composé par ordre de l'empereur *Chien Lung*, prescrit aux femmes de ne pas manger pendant leur grossesse de tourterelles, de poulets ni canards de peur que leurs enfants ne naissent sourds-muets, ni de lapins de peur du

bec-de-lièvre. Un autre ouvrage dit qu'elles ne doivent pas assister à l'exécution d'un criminel ni voir tuer des animaux (recommandations qui sont sages) ; elles ne doivent pas non plus voir une maison en réparation, le premier défrichement d'un sol ou des lapins blancs; ces différentes défenses n'ont pas leur raison d'être.

Vraies et fausses douleurs. — Les douleurs lentes et fatigantes de la première période du travail sont considérées comme *fausses*, les *vraies* sont les douleurs expultrices qui surviennent à de courts intervalles, elles sont dites *mûres*.

On prescrit aux femmes le repos, le sommeil, le courage, la surveillance d'elles-mêmes contre la tendance à se coucher sur le ventre. Comme il est impossible d'empêcher le diaphragme et les muscles abdominaux de se contracter quand la tête fœtale repose sur le périnée, on permet à la femme de se coucher sur le ventre quand l'enfant est arrivé à la vulve. Ce moment précis est ainsi défini : « quand toutes les articulations sont détendues, la poitrine relâchée, que le dos et l'abdomen ont accompli leurs changements, que le ténesme est imminent, que les yeux voient des lueurs comme des étoiles, c'est alors qu'on reconnaît que le moment précis est arrivé et qu'il faut laisser la femme se coucher sur le ventre un moment et l'accouchement se terminera. » (*Opus cit.*)

Mort du fœtus dans l'utérus. — Comme curiosité de diagnostic, la méthode chinoise pour déterminer l'état du fœtus dans l'utérus est digne d'attention. « Quand la face de la mère est rouge et la langue verte, l'enfant est mort. Si la face est verte et la langue rouge l'enfant est vivant, mais la mère mourra. Quand la face et la langue sont toutes deux vertes, la mère et l'enfant mourront en même temps. » Ceci est tout à fait chinois pour nous. Ou bien l'effet chromatogénétique de la maladie sur la peau de la race mongole doit être différent de ce qu'il est sur la peau de la race anglo-saxone ou sur celle des autres races blanches, ou bien la conception des couleurs n'est pas pour les Chinois la même que pour nous.

Avortement menaçant. — Les Chinois qui ont écrit sur

l'obstétrique n'hésitent pas à citer des cas véritablement extraordinaires quand cela est nécessaire pour appuyer leur opinion, ainsi qu'en témoigne le cas 1, rapporté par l'auteur de « l'art des accouchements rendu facile ». La femme de *Po Wa*, troisième fils du mandarin *Fok Shan*, jeune et d'une constitution robuste accouchait toujours au huitième mois et, pendant quelque jours après son accouchement, éprouvait des douleurs atroces et perdait son enfant à l'âge de un an. Elle était de nouveau en travail à la même époque de la grossesse, depuis trois jours quand on m'appela à la hâte et je la trouvai faisant des efforts convulsifs pour respirer. « En explorant le pouls je reconnus qu'il était toujours en rapport avec les viscères », la sage-femme disait que l'accouchement ne pouvait pas se faire. Je fis coucher la femme en lui enjoignant de garder le repos et lui donnai une potion anodine ; le matin on ne pouvait plus sentir la tête et la malade était entièrement soulagée. « Cent vingt jours après ou à la fin du douzième mois, elle donna le jour à un fils qui a maintenant huit ans ». Cette prétendue grossesse prolongée n'est pas plus extraordinaire que celles que l'on trouve citées dans les anciens livres de médecine européens ; et on l'explique en disant, ou que cela n'a jamais existé ou que l'attaque a eu lieu à cinq mois et que la sage-femme était complètement dans l'erreur au sujet du mouvement d'abord en avant, puis du mouvement de recul de la tête.

Comme les médecins chinois prétendent « qu'il n'est pas nécessaire de connaître l'intérieur du corps de l'homme pour savoir traiter une maladie », et qu'ils ont arrangé leurs opinions médicales pour les faire concorder avec leur ignorance de l'anatomie, ils ne pratiquent pas le toucher quand ils sont appelés, soit pour déterminer la présentation du fœtus, soit pour la corriger, soit pour pratiquer l'accouchement. Quand la sage-femme se trompe et que l'accouchement ne peut pas se faire d'après les seules forces de la nature, les moyens de leurs accoucheurs se trouvent généralement en défaut.

L'étonnante crédulité des Chinois et leur croyance que le fœtus a la volonté et le pouvoir d'accomplir lui-même son expul-

sion est démontrée comme il suit dans les traités d'obstétrique : « Les anciens (sages) rapportent des cas où la naissance fut retardée de trois ou quatre ans, mais c'était parce que l'enfant ne voulait pas naître. S'il refuse de sortir, qui peut l'y forcer, et s'il veut, qui peut l'en empêcher? » Il se peut que les sages aient cité de bonne foi quelques cas de travail tardif; mais où ils se trompent, c'est en concluant que la vie fœtale de même que la gestation a été prolongée. La théorie faisant le fœtus son propre agent d'expulsion, les médecins chinois sont ainsi amenés à expliquer le travail tardif de cette façon ridicule.

Rétention du placenta. — Ceci est assez singulièrement expliqué. Il ne semble pas qu'on ait pu reconnaître la possibilité pour le placenta d'adhérer à l'utérus ou de s'y trouver retenu par une action spasmodique; non, la cause en est dans ce fait qu'on a forcé le travail avant que les articulations aient été préparées pour le passage de l'enfant. Voici quelle est la théorie : « Pendant le travail les articulations sont forcées et s'écartent; chez les personnes robustes elles se referment au bout de quelques jours, mais chez les personnes faibles il faut un mois; de sorte que si l'accouchement est provoqué avant que les articulations ne se soient naturellement écartées, elles se refermeront tout d'un coup et le placenta ne pourra pas sortir. » Dans le cas de rétention, on recommande d'attacher le cordon à un fil de chanvre auquel est suspendu un poids afin de l'empêcher de remonter, « et au bout de trois à cinq jours le placenta se ratatine et sort. » La malade ne doit pas écouter la sage-femme qui pourrait vouloir l'extraire avec la main. Ici, de quel côté est l'ignorance?

Présentation du bras. — J'ai déjà donné les raisons spécieuses au moyen desquelles on l'explique, mais maintenant nous arrivons au traitement proposé. L'accoucheur fait retirer la patiente de dessus le baquet et la fait placer tranquillement dans son lit pour lui permettre ainsi qu'à l'enfant de recouvrer ses forces, de sorte que ce dernier peut retourner sur ses pas et prendre une position convenable pour sortir facilement; puis on administre une dose de décoction de *Kamihung kwai*; on doit alors

faire rétrograder le bras par des procédés de douceur et la femme doit se reposer pendant une nuit, « après laquelle l'expulsion se fait spontanément. » Comme preuve de l'efficacité de ce moyen de traitement, l'auteur de *Tat Shang Pin* rapporte le cas très peu probable qui suit : « Il y avait aussi une femme en travail et le bras, en procidence, ne pouvait pas être refoulé. La sage-femme allait le couper, quand, entendant parler de cela, je fus ému de pitié et me hâtai d'accourir. Après avoir fait coucher tranquillement la femme, je lui donnai une décoction anodine. Le bras remonta peu à peu et le lendemain l'accouchement se faisait. Le bras était cyanosé, mais cela disparut en quelques jours. »

Quand on considère que l'opération césarienne a été accomplie dans dix cas où cette variété d'obstacle avait été jugée irrémédiable par nos propres accoucheurs, nous devons ou admettre la supériorité des Chinois ou douter de leur récit.

Traitement consécutif. — On doit porter la patiente sur son lit, mais ne pas la laisser dormir, parce que cela pourrait amener de l'épuisement, mettre obstacle à la circulation du sang et causer des vertiges. Elle doit reposer sur un lit élevé (1), se coucher sur le côté, les genoux fléchis et prendre une tasse d'urine d'enfant. Pendant les trois premiers jours, on lui prescrit de prendre de trois à cinq fois par jour une mixture de wiskey et d'urine d'enfant (2), en prenant garde de ne pas lui faire prendre trop de la première substance. Pour empêcher la stagnation du sang et concentrer les esprits, on fait faire des inhalations de vapeur de vinaigre. Pendant les trois premiers jours l'alimentation consiste en bouillon de poulet dégraissé. Le porc est exclu pendant dix jours et le lard pendant un mois, « parce que ces aliments obstruent les vaisseaux sanguins et empêchent la circulation du sang et des esprits. » On recommande les œufs de poule, mais ils doivent cuire dans l'eau bouillante pendant toute

(1) Le lit chinois est fait de bois de laque élastique très épais.

(2) L'urine d'enfant est un remède qui jouit d'une grande faveur en Chine. Quelquefois on l'a fait évaporer et on donne les sels qui en forment le résidu.

une journée; les œufs à la coque sont défendus comme causant des obstructions.

On se protège de tous les côtés contre le vent, car les Chinois croient qu'il peut pénétrer dans le corps par les pores quand ils sont ouverts, et être ainsi la cause de grands maux. Pour évacuer l'air froid le médecin emploie l'aiguille à acupuncture qui est depuis longtemps en usage en Chine, bien qu'on ne pratique pas d'opération chirurgicale, même s'il s'agit d'inciser un abcès ou d'enlever une tumeur graisseuse.

Il est évident, d'après l'ignorance des Chinois, qu'il doit y avoir une grande proportion de femmes mortes en couches qui, dans beaucoup de cas, pourraient être sauvées s'ils avaient une connaissance convenable des rapports de l'utérus et du bassin, et des moyens de remédier aux positions vicieuses. Il y a aussi probablement une grande quantité de déchirures du périnée.

La pratique obstétricale indigène de la Chine n'aurait guère pour nous d'autre intérêt que celui de la curiosité, si elle n'était pas destinée à céder le pas dans un temps donné à la pratique plus éclairée et plus féconde en succès des nations chrétiennes, propagée surtout par les médecins anglais et américains. L'introduction en Chine de la médecine étrangère commença avec celle de la vaccination en 1805, et le traitement des maladies d'yeux en 1820. Depuis cela l'œuvre a progressé peu à peu et est arrivée à embrasser toutes les branches de la pratique médicale et chirurgicale, renfermant aussi, dans de certaines limites, celle de l'obstétrique; pour compléter ces tentatives on a fondé des hôpitaux-écoles pour instruire les médecins indigènes dans toutes les branches de la médecine et de la chirurgie. On peut de suite imaginer l'effet de l'étude de l'anatomie sur l'esprit d'un étudiant chinois, amené à examiner avec les lumières de la vraie science les insanités de leur système et de ses bases chancelantes et hypothétiques. Démontrer clairement la circulation du sang, les fonctions des poumons, du foie, des reins, etc., et la vanité des théories chinoises sur les esprits, le vent, le sang, etc.

De plus, arriver jusqu'aux masses, atteindre leur foi aveugle dans les enseignements insensés du passé n'est pas une faible

tâche et demandera des siècles d'un travail opiniâtre. Ceux qui céderont les derniers devant les progrès des sciences seront les hommes riches et influents dont l'opposition aux étrangers et à tout ce qui est étranger est voulue et raisonnée. Un examen attentif de la question de l'opposition aux étrangers que l'on trouve prévaloir dans toutes les parties de l'empire, même jusqu'à la frontière sibérienne, a montré que le préjugé est absolument indépendant des différences de religion, et qu'il s'étend non-seulement à ceux qu'ils nomment les *barbares* du *dehors*, mais encore aux objets étrangers, même aux médicaments.

Exploitant ce préjugé, on fonda, il y a quelques années, un hôpital par souscription à Canton, et ayant pris l'engagement d'exclure toute chose étrangère, les directeurs trouvèrent de suite 1,500,000 francs pour leur entreprise. Ils ne voulaient pas employer de médicament étranger, ni accepter les soins d'un médecin indigène qui aurait été élevé dans les doctrines médicales de l'occident, soit dans sa patrie, soit à l'étranger.

Les indigènes qui pratiquent la médecine légitime viennent souvent eux-mêmes se heurter à ce préjugé ; mais la vie a bien des charmes, et la supériorité de talent du médecin arrive à produire des changements par les cures qu'il effectue, après que les fautes de ses rivaux ont montré leur manque de savoir et d'éducation.

En Chine il n'y pas de rivalité en fait de chirurgie, puisque cette science n'existe pas dans la pratique indigène, et ses résultats frappent tellement les yeux, que les cures que l'on obtient sont des preuves patentes de supériorité de la part du médecin. La conséquence naturelle, c'est d'amener une confiance progressive dans la médication étrangère ; et la supériorité de notre talent en obstétrique finira aussi par devenir un article de foi. Dans un grand nombre de cas, nos médecins ont été appelés pour des cas de travail in extremis et dans quelques-uns ils ont pu arriver à temps pour sauver la vie de la malade. Quant cela a été impossible, on a fait preuve d'une habileté en accouchement qui portera bientôt son fruit en établissant la supériorité du talent. Ce que l'on demande en Chine, ce n'est

pas tant de se tirer avec habileté d'un cas grave de dystocie, que de posséder les connaissance nécessaires pour diriger le travail dans la grande quantité de cas où, avec un peu de soin et en saisissant le moment favorable, on peut convertir un cas, difficile en perspective, en un cas simple et naturel.

Le premier pas résolu vers la consécration du fait de la supériorité de notre système d'obstétrique a été entrepris par les docteurs Kerr et Fim Wong en 1860, quand ils pratiquèrent pour la première fois l'embryotomie en Chine et sauvèrent la patiente.

1° Le Dr Kerr était appelé pour voir la femme d'un professeur qui était en travail depuis près de deux jours avec une présentation de la face, le menton étant dans la concavité du sacrum. Il fit venir le Dr Wong, gradué de l'Université d'Edimbourg, qui perfora le crâne et l'enfant fut bientôt extrait. Le Dr Wong est à Canton depuis 1857 et a beaucoup contribué à propager l'instruction des indigènes en ce qui regarde les connaissances médicales. Je vais maintenant rapporter quelques observations du Dr Kerr, pour montrer l'état des sujets qu'il était appelé à opérer et à acccoucher.

2° En avril 1866, le Dr Kerr était appelé pour voir une primipare en travail depuis huit jours et l'accoucha avec le forceps en quelques minutes. Le crâne de l'enfant avait été broyé par les sages-femmes et, au moment de l'extraction, il y eut un jet soudain d'urine; la femme mourut. Elle était d'une santé robuste, la présentation était naturelle et une intervention opportune aurait sauvé la mère et l'enfant. Son père, qui habitait près de l'hôpital de Canton, connaissait l'habileté de son médecin; mais son orgueil de riche, la pudeur innée de sa fille et leur aversion pour les étrangers les fit retarder jusqu'à ce qu'il n'y eût plus d'espoir.

3° Le 27 fevrier 1867, la femme d'un batelier fut amenée à l'hôpital de Canton après trois jours de douleurs. Elle avait donné le jour à un enfant et maintenant un jumeau se présentait avec une procidence du bras. Celui-ci avait été tiraillé par les sages-femmes au point qu'il était presque séparé du corps et

le fœtus était enclavé dans le bassin. Le Dr Kerr ne pouvant bouger le fœtus écarta le bras, coupa le cou et retira le corps puis la tête. La femme échappa à la mort et fut emmenée dans son bateau avant la guérison complète.

4° Le 8 novembre 1870, le Dr Kerr fut appelé près d'une primipare en travail depuis huit jours ; la tête fœtale ayant aussi éte broyée, comme dans le cas 2, la femme était épuisée, avait le délire et l'enfant décomposé. Le Dr Kerr fit l'extraction avec un crochet, mais trop tard pour sauver la vie de la femme.

5° Le 5 avril 1874, le Dr Kerr extraya une monstruosité d'une femme qui avait été en travail quarante huit-heures. Les sages-femmes avaient tiré sur la tête de l'enfant et presque séparé ses bras du corps. L'ouverture de l'abdomen fit sortir des liquides et des gaz et on retira le fœtus. La femme guérit. L'abdomen était partagé en deux cavités anormales énormément distendues par du liquide.

6° Le 25 septembre 1875, le Dr Kerr était appelé près d'une femme en travail depuis trente-six heures et à qui il proposa d'appliquer le forceps, ce à quoi s'opposèrent les amies de la femme. Après que celles-ci et les sages-femmes eurent essayé leurs incantations et leurs médecines pendant vingt-quatre heures de plus sans profit, elles renvoyèrent chercher le Dr Kerr qui accoucha cette femme épuisée d'un enfant en décomposition putride. Elle mourut le lendemain.

Ces observations montrent les difficultés qu'il y a à surmonter pour donner des soins à temps pour sauver la vie. Le Dr Flemming Carron, de Canton, a tenu la même conduite que le Dr Kerr dans des cas analogues. Leur règle était de faire l'extraction, si cela était possible, afin de montrer la supériorité de leur talent sur celui des sages-femmes et des indigènes ignorants, et de prouver dans les cas désespérés ce qui aurait pu arriver s'ils avaient été appelés à temps. Le Dr Carron m'écrit: « J'ai eu en tout onze aides, et douze étudiants qui ont reçu l'instruction pendant trois ans, puis travaillé dans les salles d'opérations et sont sortis comme gradués au bout de quatre ans. Nous sommes très certainement en train de saper un des sys-

tèmes qui ont vécu pendant des années, et de doter enfin la Chine d'un corps de chirurgiens qui s'impose de lui-même (1).»

De même la révolution qu'il faudrait opérér dans l'obstétrique en Chine est dans l'éducation des sages-femmes et dans l'introduction des femmes-médecins instruites. Les chinoises préfèrent être accouchées par des personnes de leur sexe ; et le succès de quelques femmes-médecins a montré le résultat qu'elles peuvent attendre de leur travail.

Le Dr Dauphin W. Osgood de Foochon dit, dans son rapport hospitalier de 1876, après avoir constaté le succès de Miss Trosk dans sa clientèle d'enfants et de femmes : « Quelle que soit l'opinion que l'on puisse avoir sur le plus ou moins de convenance pour les femmes d'embrasser la carrière médicale en Angleterre ou en Amérique, il est hors de doute qu'une femme-médecin a devant elle un vaste champ de profit, et beaucoup de travail en perspective en Chine et au Japon. » Le récent succès d'une autre jeune femme-médecin à Pékin a montré que, même les femmes de condition, acceptaient les soins de médecins de leur sexe, ce qu'elles avaient rarement fait pour les médecins étrangers mâles.

(*Américan journal of Obstetrics*, juillet 1881, page 578).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Nous passons en revue dans cette courte analyse les principaux travaux présentés à l'Académie dans le dernier semestre et se rapportant à la gynécologie, à l'obstétrique ou aux maladies des enfants.

---

(1) Ce travail étant sous presse, j'ai appris, par une lettre du Dr Carron qu'il a quitté Canton, que le Dr Kerr occupe toujours ses fonctions à l'hôpital médical, et que les femmes chinoises ainsi que les sages-femmes y reçoivent l'instruction.

Séance du 12 juillet 1881

Vaccine. — M. Hervieux lit, au nom de la commission de vaccine, le *Rapport officiel sur le service de la vaccine* en 1880. L'auteur s'attache à établir une sorte de comparaison et de parallèle entre la vaccine animale et la vaccine humaine.

M. Jules Guérin dit que, depuis la grande discussion qui eut lieu à l'Académie, il y a déjà une dizaine ou une douzaine d'années, il est resté l'adversaire de la vaccination animale. Son opposition n'a fait que se fortifier par tout ce qu'il a eu occasion de voir, de lire et d'entendre depuis cette époque.

Dans la discussion qui eut lieu, il y a dix ans, à l'Académie, les conclusions du rapport ne furent pas votées. M. J. Guérin a la conviction d'avoir empêché l'Académie de voter des conclusions trop favorables à la vaccination animale; il demande que l'Académie examine de près cette question et qu'elle ne se laisse pas aller à recommander, en adoptant les conclusions du rapport de M. Hervieux, un système de vaccination que M. J. Guérin considère, pour sa part, comme détestable.

M. Hervieux dit qu'il n'a pas fait de plaidoyer en faveur de la vaccination animale, mais une simple exposition des faits, sans commentaires. M. Hervieux maintient que, en général, la pustulation de la vaccine animale a été trouvée supérieure à celle de la vaccination humaine, pour le nombre et les dimensions des pustules. Mais ce n'est pas à dire pour cela que M. Hervieux ait montré le moindre fanatisme en faveur de la vaccine humaine.

En résumé, M. Hervieux considère la vaccine humaine comme une excellente chose et la vaccine animale comme un bienfait réel, sans vouloir accorder aucune prééminence à l'un sur l'autre de ces deux modes de vaccination.

Séance du 19 juillet.

M. de Villiers a lu le « Rapport de la commission permanente de l'hygiène de l'enfance », pour l'année 1880.

Vaccine. — M. Depaul, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, revient sur le débat qui s'est élevé, mardi dernier, en-

tre lui et M. Jules Guérin. M. Depaul répète, contrairement aux affirmations de son collègue, que les conclusions de son rapport sur la vaccine, lu à l'Académie en 1867, furent votées par l'Académie, comme le compte rendu officiel inséré dans les *Bulletins* en fait foi.

M. Jules Guérin répond qu'il n'a jamais dit autre chose que ce que vient de dire M. Depaul; seulement les conclusions de M. Depaul n'étaient pas de vraies conclusions, mais plutôt des propositions d'histoire naturelle.

Séance du 9 *août* 1881.

Vaccine animale. — Un mémoire de M. Hervieux sur l'extension que prend la vaccine animale dans tous les pays du monde devient le point de départ d'une vive discussion entre MM. Depaul et Jules Guérin.

Séance du 16 *août* 1881.

Grossesse de onze mois; fœtus mort. — M. Depaul présente un fœtus qui a séjourné pendant onze mois dans la cavité utérine. La mère était syphilitique ; l'enfant paraît avoir succombé au cinquième mois de la grossesse.

Pieds bots varus équin et planto-valgus chez le même enfant. — M. J. Guérin présente un enfant qu'il a opéré il y a deux mois. M. J. Guérin a coupé les tendons de tous les muscles qui causaient la difformité. Il ne s'agit pas seulement de couper les tendons, il faut encore, par des manipulations journalières, empêcher les luxations qui tendent à se former.

De l'état pathologique qui prédispose à l'hystérie. — M. Briquet lit un travail dans lequel il étudie les causes qui prédisposent à l'hystérie.

D'après l'auteur il faut admettre deux classes d'hystériques : les prédisposées et les non-prédisposées.

Séance du 6 *septembre* 1881.

M. de Sinéty lit une note intitulée : **Des rapports qui existent entre la dysménorrhée membraneuse et la menstruation normale.** Il résulte des observations recueillies par l'auteur chez un grand

nombre de femmes, qu'à l'état physiologique la muqueuse utérine n'est pas éliminée sous l'influence de la menstruation, contrairement à ce qu'on enseigne généralement.

Séance du 20 septembre.

Vaccination et traitement simultané des tumeurs érectiles. — Voici le moyen qu'emploie M. C. Paul pour vacciner les enfants atteints de *nævi materni* et obtenir en même temps, et d'une façon certaine, la guérison de ces *nævi* par la vaccination.

Il se sert du *vaccin de génisse* à cause de son abondance et de sa moindre viscosité. Il en couvre toute la *tumeur érectile* ou, si elle est par trop étendue, il en couvre une région d'abord, puis ensuite une autre région; et ainsi de suite, successivement, il finit par intéresser toute la tumeur. Quand elle est ainsi couverte, en tout ou en partie, d'une sorte de lac de vaccin, il fait une série de *scarifications* de la surface de la tumeur sous le vaccin, de telle sorte que celui-ci se répand uniformément partout et pénètre très facilement. Les scarifications sont faites dans un sens quelconque de façon toutefois à donner aux cicatrices l'aspect et la direction que l'on désire.

Depuis quelques années, M. C. Paul ne procède pas autrement, et il a guéri par ce procédé tous les *nævi materni* qui lui ont été présentés, et parmi eux, il s'en est trouvé qui offraient des dimensions extrêmement considérables, celles de tout le cuir chevelu, par exemple.

M. Briquet lit un travail intitulé : **De la prédisposition à l'hystérie.** Ce travail se termine par les conclusions suivantes :

1° La prédisposition à l'hystérie par les influences menstruelles présente quelque chose qui lui est particulier, et qui est fort remarquable. Sur 42 cas d'hystérie complète, développée sous l'influence des troubles menstruels, il s'en est trouvé un dans lequel les menstrues ont réapparu au bout de deux ans, où tous les accidents hystériques s'étaient complètement dissipés, et où la santé s'était rétablie. 2° Un cas où la suppression des menstrues et les accidents hystériques s'étaient complètement dissipés et où la santé s'était rétablie. 3° Un cas de disparition de l'hystérie et de réapparition complète des menstrues après onze mois de suspension. 4° Deux cas de disparition complète de l'hystérie et de réapparition des menstrues après dix mois

de suspension. 5° Un cas de disparition de l'hystérie et de réapparition des menstrues après huit mois de suspension. 6° Deux cas après sept mois de suspension. 7° Deux cas après six mois de suspension. 8° Deux cas après cinq mois de suspension. 9° Enfin, un cas après quatre mois de suspension.

Ainsi, sur un ensemble de 42 sujets devenus hystériques à la suite des troubles de la menstruation, il s'en est trouvé 31 chez qui l'hystérie s'est dissipée aussitôt après la réapparition des menstrues, après une suspension qui avait duré de deux ans à quatre mois. Ce fait est de la plus haute importance et fournit une indication de premier ordre.

Séance du 17 octobre.

M. Guéniot donne lecture d'un mémoire que nous reproduisons plus haut, ainsi que la discussion dont il a été l'objet.

M. Burq lit une note ayant pour titre : **De l'infériorité du vaccin de génisse.** Nouvel instrument dit **Vaccineuse**, pour recueillir, conserver et insérer le vaccin humain, de façon à ce que la vaccination jennérienne puisse suffire seule à tous les besoins.

Dr Lutaud.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Rapport sur une observation d'hystérectomie par la méthode sus-pubienne, communiquée par M. le Dr Beauregard (du Havre), par M. Horteloup. — Il s'agissait d'une femme de 37 ans, d'une forte constitution, qui présentait une tumeur utérine remontant à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic et ayant donné au ventre une circonférence de 1 mètre.

Cette femme, réglée à 13 ans, mariée à 20 ans, avait eu après 14 mois de mariage un fils aujourd'hui bien portant.

En novembre 1874, cette femme avait constaté une petite tumeur située dans le flanc gauche, qui ne commença à faire de rapides progrès qu'en 1879. Le volume du ventre prit un rapide accroissement qui s'accompagna de violentes douleurs.

Lorsqu'elle vint consulter le Dr Beauregard, cette femme avait le facies terreux, les digestions difficiles, les règles deux fois par mois ; le poids du ventre rendait les mouvements du corps très difficiles ; aussi cette femme désirait-elle à tout prix se faire opérer.

L'opération eut lieu le 24 avril 1881, et le 19 mai, vingt-cinq jours après l'opération, la malade rentrait à pied chez elle, complètement guérie.

Deux points m'ont paru dignes d'attirer votre attention : le premier a trait à la conduite qui fut tenue à l'égard du pédicule, le second se rapporte à une conclusion que notre confrère a cru pouvoir formuler sur la forme d'établir le diagnostic.

Après avoir fait une incision de 35 centimètres s'étendant depuis le pubis jusqu'au-dessous de l'ombilic, M. Beauregard put faire sortir le globe utérin sans difficultés, il n'y avait pas d'adhérences. Le pédicule ne vint au dehors que grâce aux tractions qui furent exercées sur la tumeur, il était très court, très large et mesurait plus de 50 centimètres de circonférence.

Deux clamps furent disposés, l'un à droite, l'autre à gauche, leurs extrémités se touchant en se dépassant à peine l'un l'autre. Une chaîne d'écraseur fut appliquée au-dessus des clamps, et la section exigea, pour être complète, une heure et demie. Ce temps de l'opération s'exécuta sans perdre de temps, mais les tractions que l'on fit pour attirer le pédicule, une fois la section terminée, déplacèrent les clamps et une violente hémorrhagie se produisit au milieu du pédicule. Les pinces hémostatiques ne purent rien arrêter, le tissu se déchirant sous la pression ; un aide put saisir le pédicule en comprimant entre ses doigts le point d'où sortait le sang. M. Beauregard passa alors au-dessous des clamps et des doigts de son aide un tube, en caoutchouc, plein d'un demi-centimètre de diamètre, avec lequel il pratiqua une forte constriction ; l'hémorrhagie s'arrêta et on put procéder à la toilette du péritoine et à la suture des parois de l'abdomen.

Je crois que ce mode opératoire n'est pas à l'abri de toute critique ; il a été assez compliqué puisque M. Beauregard a dû employer les clamps, l'écraseur linéaire et la ligature élastique. D'après ce que l'on sait des chances de succès dont le nombre augmente avec la brièveté de l'opération, il n'était pas prudent de recourir à l'écraseur linéaire qui a demandé une heure et demie de manœuvres avec un p - dicule aussi volumineux. Je crois qu'il est indispensable dans des cas

semblables, de ne pas prendre en masse le pédicule, mais de faire la cession de la constriction en deux parties.

M. Beauregard, en commençant l'opération, avait l'intention de laisser le pédicule entre les lèvres de la plaie ; mais ce pédicule était très court, et il fallut de fortes tractions pour l'attirer au dehors ; aussi ne put-il y parvenir qu'avec les deux clamps dont les extrémités libres furent entraînées dans l'abdomen : la suture abdominale ne fut pas complète et il resta une ouverture de 5 centimètres de longueur sur 6 de largeur et 7 de profondeur qui fut remplie par une éponge. Grâce au mouvement de bascule des extrémités des clamps, on put éviter de faire supporter aux ligaments larges et au vagin un tiraillement qui n'est pas sans danger, comme j'ai pu le constater dans une hystérectomie dont l'observation a été publiée dans la thèse de M Letouseux. La traction que je fus obligé de faire supporter aux ligaments larges fut certainement une des causes de la rupture des veines variqueuses de cette région qui entraîna la mort.

Aussi je crois que lorsqu'on trouve un pédicule court et difficile à amener au dehors, il faut le rentrer dans l'abdomen en employant pour sa ligature le procédé proposé par le Dr Kleber d'Odessa, avec des drains élastiques auxquels M. Beauregard a recouru en partie, puisqu'il a jeté au-dessous des clamps une forte ligature élastique qui lui a permis d'arrêter une violente hémorrhagie.

Le premier clamp tomba le 9e jour et le second cassé de la ligature élastique se détacha le 15e jour.

En terminant, M. le Dr Beauregard conclut : « Qu'une ponction avant toute opération visant une tumeur abdominale est indispensable pour établir un diagnostic sûr et complet. » Je crois que cette conclusion est loin d'être juste, car la pratique qu'il consulte peut être dangereuse.

La ponction peut rendre de grands services sans doute, mais on ne doit se décider à la pratiquer qu'à bon escient, et non pas comme le dit M. Beauregard, « parce qu'il est intéressant pour le chirurgien de voir son diagnostic confirmé avant l'opération. »

Deux faits que j'ai observés me permettent d'appuyer les réserves que je formule. Il y a douze ans, à l'hôpital Beaujon où je remplaçais Ad. Richard, je fis une ponction exploratrice dans un kyste de l'ovaire dont je voulais connaître la nature du liquide ; le résultat obtenu, je fis appliquer un bandage un peu serré, et je recommandai à la malade un repos absolu. Ne souffrant nullement, elle ne tint au-

cun compte de ma recommandation et descendit de son lit; elle venait à peine de faire quelques pas qu'elle poussa un cri, et sans l'aide des gens de service, elle serait tombée à terre; le kyste s'était rompu du siège de la ponction exploratrice, ainsi que je pus le constater le lendemain en faisant l'ovariotomie.

Dans le cas d'hystérotomie où la mort fut occasionnée par une rupture des veines variqueuses du ligament large, j'ai pu me rendre compte du danger qu'une ponction même avec un trocart très fin, eût pu occasionner. Lorsque j'eus fait une incision allant de l'ombilic au pubis, je ne pus faire sortir la tumeur, mais avant de prolonger mon incision, je fus d'avis ainsi que nos deux collègues Polaillon et Gilette qui m'assistaient, de faire une ponction; peut-être trouverait-on une poche kystique qui en se vidant, permettrait de diminuer le volume de la tumeur, qu'on pourrait alors enlever sans faire une grande incision.

Malgré l'énergie que j'employai, il me fut impossible de faire pénétrer la pointe du trocart; mais le tissu utérin qui recouvrait la tumeur s'écarta et devint le point de départ d'un écoulement sanguin, dont je me rendis difficilement maître. Si j'avais essayé quelques jours auparavant une ponction exploratrice, je n'aurais obtenu aucun résultat utile, mais j'aurais certainement occasionné dans le péritoine un épanchement de sang, fait qui n'eût peut-être pas été sans danger. (*Bull. de la Soc. de chirurgie.*)

R. Chenet.

CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES A LONDRES.

(Suite).

Le Dr Angus Macdonald lit un travail sur les **causes de l'éclampsie puerpérale.**

Le Dr William Freund, de Strasbourg, fait un résumé du discours d'ouverture sur **l'extirpation totale de l'utérus.**

Mon expérience, acquise dans les trois années qui se sont écoulées depuis la publication de mon travail sur l'extirpation totale de la

matrice, et les ouvrages d'autres sur le même sujet, ont assis mon opinion sur les points les plus importants de cette question.

La seule opération, indiquée incontestablement, dans les cas de carcinome utérin ayant envahi une grande partie de l'organe, est l'extirpation totale. A plusieurs reprises, des chirurgiens eurent recours à cette opération. Ils essayèrent les deux méthodes actuellement en usage, à savoir l'extirpation vaginale, et l'amputation après incision des parois abdominales. Les résultats de ces essais furent si défavorables que pendant longtemps l'opération fut abandonnée.

Après que j'eus essayé ma méthode avec succès dans le premier cas, et que le Dr Martini à Breslau, le Dr Hocks à Bonn, le professeur Olshausen à Halla, le professeur Schroder à Berlin, le Dr Vet à Berlin, le professeur Spiegelberg à Breslau, le Dr Kuhn à St-Gullen, eurent obtenu des succès dans leurs premières tentatives, on crut, avec un peu trop de confiance, que j'avais enfin résolu heureusement ce grand problème de la chirurgie. Mais lorsque les insuccès se furent multipliés et que l'on vit les récidives se produire après des opérations heureuses, le découragement et l'opposition se montrèrent de tous côtés. Maintenant cette opinion restreint tout autant les tentatives que l'idée contraire les avait poussées à l'excès.

Les résultats obtenus, tant au point de vue de la guérison après l'opération, qu'au point de vue de la cure radicale, n'ont pas été plus favorables qu'après l'extirpation de la portion vaginale malade, ou l'amputation sus-vaginale du corps de l'utérus. Cette opération, quoique indiquée dans ces cas, ne serait donc plus justifiable, si nous n'avions pu trouver une méthode plus sûre que celle en usage jusqu'à ce jour.

Cette plus grande sécurité, eu égard à notre récente expérience, est garantie par l'extirpation vaginale totale, d'après la méthode de Czerny, Billroth, Schroder, Martini, et par l'extirpation abdominale totale d'après les principes établis par Bardenheure, Breisky, Rydygier, Kolaczeck, M. B. Freund. L'ouverture du péritoine, son drainage, la ligature, pas à pas, des vaisseaux du ligament large atteint, rendent l'opération plus courte, moins laborieuse, et hâtent la guérison. J'ai pu me convaincre, par des expériences sur le cadavre, qu'il est facile de tirer l'utérus au-dessus de la symphyse au travers de la plaie abdominale, après que le col de l'utérus a été séparé de la voute vaginale. Rydygier et moi, nous avons appliqué ette méthode recommandée par Breisky, sur le vivant; je puis forte-

ment recommander cette pratique. Si nous tirons l'utérus en haut, à l'aide des pinces que j'ai inventées, nous rendons l'utérus comparativement *exsangue*. La séparation du col et du vagin a été faite par moi, sans chloroformisation, immédiatement avant l'opération dont nous parlons.

Les résultats de l'extirpation vaginale totale, pour ce qui regarde la guérison, semblent être très favorables. Et quoique Kolaczeck, dans le cas opéré par lui et Martin, puisse le nier, un dénouement fatal est exceptionnel. Voici dans quels cas on pourrait atteindre le but de cette opération : « L'opération est peu dangereuse, et peut être entreprise, dans les cas de carcinome et de sarcome, où une guérison totale peut être espérée. » On décidera, d'après les cas, si l'on doit avoir recours à l'extirpation vaginale ou abdominale. Si l'utérus est très large, et le vagin très étroit, l'extirpation totale du vagin par l'abdomen doit toujours être tentée; si l'utérus est petit et le vagin très large, l'autre opération sera préférée. Nous ne devons jamais oublier un point signalé par Kolaczeck, à savoir que l'extirpation abdominale présente le grand avantage de permettre de faire les incisions dans les tissus sains.

Je considère ma méthode d'extirpation totale comme un pas de plus, fait par cette opération. Je crois que, dans l'état actuel de nos connaissances, les précautions contre l'hémorrhagie et la fermeture du péritoine (Hégar, Kaltenbach) devaient être jugées nécessaires. Maintenant on a obvié à ces dangers, depuis que nos connaissances plus étendues nous ont prouvé que les hémorrhagies n'étaient pas si fréquentes, et l'ouverture du péritoine pas aussi dangereuse; au contraire le maintien de l'ouverture péritonéale est plutôt très désirable. Je considère comme un grand progrès de notre temps, que nos connaissances et notre art aient pris un si grand essort, et je suis heureux d'avoir contribué à leur donner cette impulsion.

Le Dr Amann, de Munich, étudie le **Traitement de la métrite chronique.**

La plupart des cas de métrite chronique, dit l'auteur, réclament pour leur guérison un traitement local. Si la maladie est limitée à la muqueuse du col, le traitement est relativement simple et la guérison peut être obtenue par des moyens inoffensifs ; les difficultés sont plus grandes lorsque la muqueuse du corps, ou du corps et du col utérin réclame un traitement local. Dans la pratique hospitalière et privée

l'auteur a essayé durant plusieurs années les divers moyens recommandés dans ces vingt dernières années. Après le traitement de plus de 3,000 cas, l'auteur a acquis la conviction qu'une seule méthode a une action sûre sans être difficile ou dangereuse. Cette méthode n'est nouvelle que par rapport à son exécution. Elle consiste dans la cautérisation systématique de la cavité du corps et du col à l'aide d'un instrument ressemblant à une sonde et présentant une ouverture à son extrémité supérieure, armé de lapis mitigatus (crayon de nitrate d'argent mitigé). On emploiera cette méthode en tenant compte de l'état de la muqueuse utérine, et de la force de résistance de l'utérus; dans certains cas on en usera souvent et énergiquement, dans d'autres plus rarement et avec plus de réserve; la guérison sera obtenue par ce moyen seul, ou par l'addition d'autres traitements (saignée locale raclage des végétations de la muqueuse). Dans quelques cas seulement de larges tumeurs, de granulations, l'usage du galvano ou thermo-cautère sera nécessaire. L'usage intra-utérin du crayon, employé avec précaution, est à l'abri de tout danger, il ne provoque que peu de douleur, encore cette douleur n'est-elle généralement que de courte durée; quelquefois elle provoque une hémorrhagie considérable mais passagère. Dans un seul cas l'auteur a observé, après une forte cautérisation intra-utérine à l'aide du crayon, une métrite ou paramétrite grave. Celle-ci cependant disparut au bout de quelques semaines. De légers degrés de métrite ou d'endométrite aiguë ne sont observés que dans environ 2 pour cent des cas. Voici les avantages de cette méthode : dans 95 pour cent des cas elle est applicable sans aucune assistance; elle n'exige que cinq minutes, et exceptionnellement dix. Le nettoyage préalable du canal cervical, nécessaire avant la cautérisation, la dilatation des cols étroits, à l'aide de dilatateurs métalliques, sont compris dans ce temps. En outre elle est applicable même dans les cas compliqués de flexion ou de version, soit que l'on redresse l'utérus avant la cautérisation, soit que la cautérisation, à l'aide de cette espèce de sonde, soit possible en conservant la largeur normale du canal cervical. On introduit un spéculum lorsque la sonde est placée, pour empêcher le contact de l'albumine coagulée, quoique la cautérisation ne dure guère plus de trois à cinq secondes. Immédiatement après la cautérisation on introduit dans le vagin un gros tampon d'ouate, imprégné d'une solution de tannin, pour prévenir l'écoulement du caustique dans le vagin et au dehors.

Le Dr Menière fait **une étude critique sur la médication intra-utérine.**

L'auteur se prononce en faveur des badigeonnages intra-utérins avec l'acide nitrique, le nitrate acide de mercure, l'acide chromique, le perchlorure de fer, suivant la forme de l'endométrite.

Ces badigeonnages sont pratiqués à l'aide d'un instrument spécial que l'auteur a appelé graphidomètre, et qui se compose d'un pinceau contenu dans un tube et qui sert à badigeonner la cavité de la matrice.

Le Dr Montrose a Pallen fait une communication **sur la chirurgie reparatrice du canal génital.**

L'auteur étudie d'abord la nature de la difformité ou de l'accident congénital ou aigu réclamant un traitement.

Causes congénitales expliquées par les faits tératologiques basés sur l'étude de l'embryologie.— Un arrêt dans le développement embryologique, l'établissemeut à l'état permauent d'une forme transitoire parfaitement normale, ont pour résultat la production d'anomalies définitives du canal génital. Les conditions opposées sont tout aussi fécondes en malformations, puisque un développement exagéré produit et détermine symétriquement, dans une corrélation anatomique et physiologique, une augmentation d'un ou de plusieurs facteurs de la copulation, de la génération, de la parturition, ce qui est prouvé par la présence d'un double utérus et vagin, d'un double vagin avec un seul utérus, ou l'absence du vagin avec un utérus rudimentaire et des ovaires bien développés, etc. Les rapports défectueux de la vessie, du vagin, du rectum, de l'utérus, des trompes et des ovaires, indiquent certaines relations invariablement accompagnées de dyspareunie, de dysménorrhée, de stérilité, ou de dystocie.

Faits embryologiques a l'appui de ces théories.— *Etude de la formation et des fonctions du vagin, des espaces vagino-cervicaux, des espaces vesico vaginaux.* — Lorsque aucune hypertrophie ne se produit, ni dans les tissus vasculaires, ni dans le tissu musculaire, ou connectif, les fusions vagino-cervicales se compensent mutuellement, et ce n'est que quand la corrélation entre la place et l'ordre est détruite par les causes pathogéniques, que nous sommes appelés à traiter les lésions post-puerpérales; tandis que dans les difformités congénitales (tératologiques) une intervention chirurgicale est toujours nécessaire.

L'implantation défectueuse du vagin sur le col utérin, des dimentions excessives du vagin, ou la pseudo-hypertrophie de la partie intravaginale du col utérin, sont toujours accompagnées de stérilité et habituellement de dysménorrhée ou de dyspareunie.

La réciproque de ce qui précède, c'est-à-dire les dimensions trop petites du vagin (le col infantile), donnent lieu également à la stérilité, dysménorrhée, le prolapsus du vagin et de l'utérus. Méthodes opératoires pour la guérison de ces difformités, cas explicatifs.

Les difformités acquises, réclamant des opérations plastiques, ou réparatrices, résultent de la parturition ; quelques-unes sont la conséquence de causes pathogéniques,non en rapport avec la parturition. Cas explicatifs et nouvelles méthodes opératoires pour la guérison de la cystocèle, rectocèle, chute utérine ou vaginale, ou procidence des organes, lésions produites par la rupture du col utérin, ou la déchirure du périnée, déchirure du tissu connectif périutérin.

Le Dr Henry Bennet communique un mémoire intitulé : **de la déchirure du col utérin ; ses causes et son traitement.**

Pendant ces dernières années une nouvelle opération plastique a été préconisée par plusieurs gynécologues éminents et surtout par les Drs Emmet et Pallen de New-York, pour la guérison des déchirures du col utérin, qui se produisent pendant l'accouchement. Cette opération ne fut pas seulement recommandée pour les cas graves, mais pour tous les cas, graves ou légers. Le Dr Pallen a trouvé deux cents cas de déchirure du col sur huits cents malades examinées pour des affections génitales à son hôpital à New-York. Il semble croire que tous ces cas réclamaient l'opération. Se conformant à ces idées, une quantité considérable des maladies, auxquelles les femmes sont sujettes, inflammation, ménorrhagie, déplacements, etc., etc., sont dues à cette lésion, et ne peuvent être guéries radicalement que par une opération sérieuse et délicate d'autoplastie.

Le Dr Bennett est parfaitement d'accord avec ces autorités sur la fréquence des déchirures du col pendant l'accouchement. Depuis longtemps déjà il avait signalé ce fait pathologique, en 1849, dans son ouvrage sur l'inflammation utérine, 2e édition, p. 24, et dans la 3e édition, p. 185, d'une façon plus étendue ; il admettait, cependant, que les lésions étaient produites souvent par une intervention manuelle ou instrumentale, le col étant sain. Il établit alors que la cause la plus fréquente était une inflammation avec induration du col qui

ne s'était pas ramolli pendant la dernière période de la grossesse. Cette condition morbide produit la rigidité du col, dont elle est la cause principale, et la déchirure dans la suite. Il fut amené à cette conclusion au début de sa carrière, il y a trente ou quarante ans, par une observation attentive. Il avait toujours l'habitude d'examiner, six semaines ou deux mois après l'accouchement avec des instruments, les femmes qui avaient présenté quelques phénomènes morbides, pendant la grossesse, l'accouchement ou l'état puerpéral. De cette façon il acquit vite la conviction que les symptômes morbides, comprenant la rigidité du col et la déchirure, étaient en relation avec une maladie chronique du col utérin. Il a traité, pendant sa longue carrière, plusieurs centaines de déchirures du col, graves et légères, sans opérer une seule fois. Il vit toujours que, par le traitement de l'état inflammatoire concomitant, les bords ulcérés se guérissaient, que l'induration des tissus se ramollissait, et qu'il ne restait qu'une simple entaille. Jamais il ne vit une hémorrhagie, incoercible, à la suite de cette lésion ; jamais il ne vit la déchirure s'étendre au corps de l'utérus. Il considérait l'opération comme absolumont inutile, sauf dans quelques cas exceptionnels. Il fit remarquer, que certains chirurgiens divisaient profondément le col utérin pour guérir les affections utérines de toute nature, et que maintenant on suture toutes les déchirures précisément pour guérir les mêmes affections.

Le Dr A. Leblond, communique une note **sur l'amputation du col de l'utérus dans la métrite chronique.**

(Cette note a été publiée dans les *Annales de Gynécologie*, n° de septembre 1881).

Le Dr Kinkead a étudié **le passage de l'ovule depuis l'ovaire à la trompe de Fallope.**

Le sujet du travail est le passage des spermatozoïdes à l'œuf par les trompes de Fallope et le passage de l'œuf au travers des mêmes conduits. Ce sujet est intéressant à beaucoup de points de vue, mais surtout pour l'élucidation de la vrai durée de la grossesse, pour l'étiologie des grossesses tubaires et abdominales, et pour la migration de l'œuf.

On discute deux théories. — *a*. Celle qui est généralement admise, à savoir que le pavillon des trompes embrasse les ovaires. *b*. L'œuf est amené dans la trompe par un canal, les ligaments ovariques, et

poussé par les liquides qui baignent la surface des ovaires et du péritoine et remplissent les trompes.

On objecte à la première théorie qu'il n'est pas prouvé qu'il existe un pouvoir érectile suffisant et assez prolongé, pendant la période menstruelle, pour exciter la contraction des fibres musculaires du ligament large, de façon à porter la trompe vers l'ovaire et à l'y tenir appliquée pendant cinq à six jours (durée de la menstruation).

Comme ce pouvoir érectile n'est pas seulement provoqué par l'afflux du sang vers l'organe, mais aussi par l'efflux, une érection aussi prolongée, se produisant chaque mois, provoquerait des changements de structure, et deviendrait un phénomène pathologique au lieu de physiologique.

En admettant qu'il y ait turgence de l'utérus et des ovaires pendant l'excitation sexuelle, il n'est pas prouvé pour cela que les trompes soient portées vers les ovaires.

Nous ne savons pas si les ovules sont détachées du follicule de de Graaf à la période menstruelle. D'autre part en admettant que la muqueuse utérine soit bien préparée pour la réception d'un ovule fécondé, nous avons de bonnes raisons pour croire que la rupture des follicules de de Graaf a lieu avant la menstruation, par conséquent l'embrassement de l'ovaire par la trompe arriverait trop tard.

Nous ne savons pas que les phénomènes, accompagnant l'excitation sexuelle, provoquent la chute d'un ovule mûr, et en admettant qu'il en soit ainsi, nous avons des raisons sérieuses pour croire que l'imprégnation de l'œuf a lieu à la surface de l'ovaire, ou dans le pavillon de la trompe peu après la chute de l'œuf ; et comme nous le prouve l'analogie avec les animaux inférieurs, il faut un certain temps pour que les spermatozoïdes atteignent l'ovaire, ce mécanisme ne donnerait qu'une méthode incertaine et chanceuse.

Il faudrait supposer que la grossesse ne peut se produire que dans les cas où le coït est accompagné de plaisir.

Là où il n'y a pas d'excitation génitale, là où les rapports sexuels sont entièrement désagréables et douloureux, là où ceux-ci ont eu lieu pendant une profonde anesthésie, il faudrait admettre que l'érection se produise indépendamment des sensations de la femme.

Cette théorie ne peut pas expliquer les cas de migration de l'ovule, relatés par différents observateurs ; on a vu un corpus luteum dans un ovaire, et une grossesse dans la trompe opposée ou la corne

de l'utérus ; la trompe, correspondant à l'ovaire portant le corpus luteum, étant bouchée.

Il n'existe pas de mécanisme permettant à la trompe de se porter en travers de l'utérus et de s'appliquer sur l'ovaire du côté opposé ; la situation des organes abdominaux rend ce mécanisme fort peu probable.

Enfin, cette théorie suppose un état défectueux, inconstant et variable dans la plus importante des fonctions physiologiques d'un être vivant, tout à fait en contradiction avec les précautions prises pour le fonctionnement régulier des autres organes.

D'après la seconde théorie, au contraire, nous avons une communication toujours praticable.

Il n'y a pas de cavité ou d'espace vide dans le ventre ; tous les organes sont étroitement entassés ; le frottement est prévenu par l'exsudation d'une mince couche de liquide.

De l'ovaire à la trompe il y a une frange plus longue qu'ailleurs, elle forme une rainure à sa surface inférieure ; le péritoine transforme cette rainure en canal conduisant directement de la surface de l'ovaire au pavillon de la trompe.

Cette frange maintient le pavillon toujours appliqué contre le péritoine et en même temps augmente son étendue.

Le pouvoir capillaire de la muqueuse et le mouvement de ses cils produisent un courant de l'ovaire vers la trompe. Le quantité de liquide qui baigne la surface de l'ovaire est augmentée par celui qui provient de la rupture d'un follicule de de Graaf, et probablement par l'excitation sexuelle, et cette augmentation de liquide rend le courant, qui pousse l'œuf vers la trompe, plus grand. Quoique la couche de liquide soit très mince, les spermatozoïdes et l'ovule sont si petits qu'ils ont toute la place nécessaire pour se mouvoir.

Cette théorie donne une explication rationnelle des grossesses tubaires, et de la migration de l'ovule ; elle a l'avantage de montrer un canal de communication, régulier dans son action, toujours préparé, et parfaitement indépendant des sensations de la femme.

Le Dr Robert BARNES, communique un travail intitulé : **Traitement de l'hémorrhagie puerpérale.**

Ce travail dont nous donnons ici le résumé sera publié *in extenso* dans notre prochain numéro.

L'auteur donne un rapide aperçu des conditions qui prédisposent à

l'hémorrhagie puerpérale ; sur les conditions physiologiques qui s'opposent à l'hémorrhagie ; et fait voir comment le trouble porté dans ces conditions entraîne l'hémorrhagie.

Il pose comme point de départ *l'hémorrhagie puerpéralephysiologique*, c'est-à-dire, la perte du sang en excès, qui ayant servi à la nutrition de l'enfant, est chassé de l'utérus par la contraction de cet organe avec et après le décollement du placenta. Toute perte au delà de cet excès devient *hémorrhagie extra-physiologique*, et exige les soins du médecin pour la réprimer.

Il rappelle ensuite les forces hémostatiques de l'utérus : l'irritabilité, la rétractilité, la contractilité. La rétractilité dérive immédiatement du système ganglionnaire ; la contractilité dérive du système spinal et du centre cérébral. Pour agir sur ces deux propriétés contractiles il faut s'y prendre de manières différentes.

Il trace les moyens dont se sert la nature pour réprimer l'hémorrhagie : 1° la contraction régulière et continue de l'utérus ; 2° la coagulation du sang dans les vaisseaux de l'utérus; 3° la réduction de l'impulsion cardiaque, quelquefois portée jusqu'à la syncope ; 4° le détournement du flux sanguin de l'appareil génital.

Il divise les hémorrhagies en degrés pour servir de guide dans le choix des remèdes : 1er degré, la fonction diastaltique se maintient dans son intégrité, mais elle est désordonnée dans son action. 2me degré, il y a perte notable de la force diastaltique, 3me degré, il y a suspension de cette fonction.

L'application : Dans le 1er degré on cherche à exciter la contraction de l'utérus avec l'aide du froid, de la chaleur, de l'ergot, etc. ; dans le 2me degré on a encore recours aux moyens du même ordre, mais avec plus de discrétion puisque tous seraient capables de surmener les forces qui restent. L'auteur fait l'appréciation cliniqne de l'ergot, du froid, de la chaleur, etc. Dans le 3me degré, les moyens qui sont utiles dans les deux premiers degrés sont souvent nuisibles.

Dans cette extrémité on s'adresse surtout à la rétractilité innée de l'utérus, force qui dure encore après la perte de la contractilité réflexe. Il discute pour rejeter la faradisation. Ne pouvant amener la contraction musculaire, l'auteur démontre qu'on peut trouver un équivalent dans le rétrécissement de la surface interne de l'utérus sous l'influence des styptiques. Il fait la comparaison des deux qui sont les mieux connus, l'iode et le fer. L'iode quelque fois utile, souvent trompe le clinicien dans son attente. L'auteur s'appuie donc sur le fer.

Il trace : 1° les conditions sous lesquelles le fer doit être employé, 2° la forme et la manière de l'appliquer; 3° Les dangers qui se rattachent à son emploi ; 4° les moyens d'éviter ces dangers. Il fait l'analyse des dangers qui se rattachent aux injections intra-utérines, tant ferriques que non ferriques, et fait voir que les dangers propres aux injections ferriques sont rares et sont pour la plupart évitables.

La conclusion générale de l'auteur est que les injections ferriques peuvent encore réussir à sauver les femmes en péril de l'hémorrhagie, lorsque tous les autres moyens ont échoué.

Le Dr More Madden, communique un mémoire ayant pour titre : **Du traitement préventif et curatif de l'hémorrhagie post partum.**

La mort par hémorrhagie après la délivrance, dit l'auteur, doit être considérée comme un accident pouvant être généralement prévenu ; à l'avenir, dans une pratique obstétricale plus parfaite elle sera indubitablement tout à fait inconnue. Dans leur zèle pour délivrer les accoucheurs de ce qui est, avec raison, une terreur toujours présente, quelques autorités éminentes modernes, qui préconisent l'emploi du perchlorure de fer ou d'autres remèdes à la moindre apparence d'hémorrhagie après la délivrance, semblent avoir une idée exagérée sur la fréquence des hémorrhagies graves, et semblent oublier qu'une petite perte de sang accompagne naturellement la fin du travail. Quand un traitement préventif est bien institué, une hémorrhagie mortelle est un accident comparativement rare. Ainsi, dans une pratique d'environ vingt ans dans différentes contrées, et pendant son service dans le plus grand hôpital pour les accouchements de la Grande Bretagne, le Dr More ne vit qu'un seul cas d'hémorrhagie mortelle après l'accouchement. Nous pouvons, le plus souvent au moins, diminuer le flux sanguin, quoique nous ne puissions pas toujours l'arrêter.

La grande majorité des cas d'hémorrhagie après la délivrance se rencontre chez des femmes qui ont déjà eu des enfants ; sa production est d'autant plus fréquente que le nombre des accouchements antérieurs de la malade est plus considérable ; au Lying-in Hospital, (Dublin,) sur 89 cas de ce genre, 65 étaient des malades multipares; dans ces cas, quand nous avons quelque raison de prévoir une hémorrhagie, les membranes seront rompues aussitôt que possible, pour permettre à la matrice de se contracter graduellement et fortement ; une dose d'ergotine ou une drachme de l'essence extraite de l'ergot sera

injectée sous la peau avant que la tête ne presse sur le périnée. L'activité, comme traitement prophylactique, des préparations astringentes de fer, administrées pendant les derniers mois de la grossesse, sont indiscutables. L'hémorrhagie après la délivrance provenant de la déchirure du col utérin est plus commune qu'elle ne l'était autrefois. Ceci provient de l'abus du long forceps courbé, trop souvent employé maintenant avant la dilatation du col utérin. Delà le Dr More conclut, que le long forceps courbé, abusivement employé maintenant, fait autant de mal maintenant, que le petit forceps droit fait de bien, manié par des mains habiles. Examinant, d'après son expérience, les différentes méthodes d'arrêter l'hémorrhagie, l'auteur dit que l'injection d'eau très chaude dans la matrice n'a dans ces cas qu'une action très incertaine comme hémostatique, et n'est utile que dans les cas d'extrême dépression des forces vitales après l'hémorrhagie, et lorsque tous les autres remèdes ont manqué. On ne peut pas compter non plus sur l'injection d'eau froide ou glacée. L'injection d'une forte solution de perchlorure de fer, quoique généralement active comme styptique, est si hasardeuse, à cause des dangers d'une métro-péritonite, que l'auteur n'y a plus que rarement recours.

L'auteur recommande fortement l'introduction dans la matrice d'une éponge, imbibée de perchlorure de fer et retenue à l'aide de la main, jusqu'à ce qu'une forte contraction se produise et expulse la main et l'éponge, en arrêtant en même temps l'hémorrhagie. Cette méthode est considérée comme la plus efficace et la moins dangereuse. En même temps il insiste beaucoup sur la pression manuelle externe sur la matrice, jusqu'à ce qu'une contraction se produise. Il indique les dangers possibles résultant de l'introduction de la main dans la matrice, à moins qu'il n'y ait une hémorrhagie très grave, rendant cette opération nécessaire.

Pour ce qui se rapporte au collapsus, après une hémorrhagie *post partum*, l'auteur considère le traitement par la transfusion, comme elle est actuellement pratiquée, comme inutile dans la grande majorité des cas pour lesquels elle est recommandée. Au lieu de la transfusion il recommande les injections de larges doses d'éther sulfurique, comme de Hecker les a préconisées ; il rapporte l'histoire de quelques exemples où cette méthode réussit dans des cas de collapsus, par suite d'hémorrhagie *post partum*, en apparence désespérés.

Le Dr George Roper lit le mémoire suivant : **Du trismus et du tétanos utérins pendant le travail.**

L'auteur a choisi ce sujet à cause de la rareté, du danger qui accompagne cette affection, et du manque de renseignements sur ce sujet, dans les livres anglais.

Après des citations tirées des ouvrages de Simpson et de Spiegelberg, l'auteur définit le tétanos comme étant une affection du corps de l'utérus, se déclarant à la fin d'un travail prolongé ; le trismus est une affection du col utérin, observée dans les premières périodes du travail. Ce dernier est le sujet du travail.

Il cite trois cas de Smellie, et décrit quatre cas observés dans sa propre pratique. Voici les points importants :

1er *Cas.*— Primipare ; travail à la fin du huitième mois ; placenta prœvia central ; hémorrhagie ; rupture artificielle des membranes , et séparation de la zône cervicale du placenta ; trismus du col ; dilatateurs cervicaux employés avec anesthésie sans résultat ; décollement et extraction du placenta tout entier, décomposition du fœtus et physométrie ; délivrance par la version podalique ; mort deux heures après la délivrance.

2e *Cas.*— Onzième grossesse ; travail vers la fin du septième mois; rupture prématurée des membranes ; placenta prævia partiel ; présentation de la face ; procidence du cordon ; légère hémorrhagie ; trismus du col ; insuccès dans la dilatation du col ; décollation : céphalotripsie ; périmétrite consécutive ; guérison.

3e *Cas.* — Primipare ; présentation transversale ; placenta prævia partiel ; hémorrhagie ; trismus du col ; décollement du placenta aussi haut que le doigt peut atteindre ; version podalique ; éviscération ; déchirure du col pendant l'extraction de la tête ; mort deux heures après la délivrance.

4e *Cas.* — Deuxième grossesse ; travail à la fin du septième mois ; hémorrhagie grave ; placenta prævia central ; présentation transversale ; trismus du col ; version podalique ; mort avant que la délivrance ne pût être achevée.

L'auteur énonce les propositions suivantes à ce sujet :

Le trismus se produit au début du travail ; il se produit surtout dans un travail prématuré lorsque le col et le segment inférieur de la matrice ne sont pas complètement développés. Il est généralement associé à une présentation vicieuse.

Dans ces cas, la rectification de la présentation n'est pas suivie,

comme cela a lieu généralement, de l'action utérine ; le corps de l'utérus reste inerte et le spasme du col persiste. Même lorsque le trismus du col est accompagné de tétanos du corps utérin, il n'y a pas de tendance à l'expulsion du fœtus. Quoique le trismus du col ne soit pas accompagné de contraction du corps, il est associé à un épuisement qui tend à amener la mort. Il se présente plus souvent avec le placenta prævia qu'avec toute autre complication ; l'implantation du placenta sur l'orifice interne tend à exciter une polarité inaccoutumée du col, et à produire des modifications dans la structure du col. Dans les cas relatés où le trismus coexista avec un placenta prævia, l'hémorrhagie ne fut pas assez importante pour provoquer la mort. Le traitement fut extrêmement difficile ; les méthodes de traitement recommandées et desquelles on pouvait attendre de bons résultats, ont été trouvées sans valeur par l'auteur.

Le Dr Menière présente un **nouvel hystéromètre** qui se compose d'une tige de baleine flexible, d'un diamètre moyen de 3 millimètres, et terminé à la partie supérieure par un pas de vis sur lequel se montent des boules métalliques de 2, 3, 4, 5 et 6 millimètres. Cet instrument est muni d'un curseur. L'auteur fait remarquer, qu'à cause de sa flexibilité l'instrument suit facilement toutes les influences de la cavité utérine. Quant aux boules elles servent à mesurer les dimensions du col.

Le Dr Marcy présente un **nouveau dilatateur de l'utérus.**

Le professeur Henning fait quelques remarques à propos de **la pince Clamp de Billroth.**

Le Dr Kustner présente un **nouveau pelvimètre.**

Le Dr Pawlik fait quelques remarques sur l'**exploration de l'urèthre de la femme au moyen de sondes sans opération préparatoire.**

Le Dr Apostoli lit un travail ayant pour titre : **Les accouchements par l'électricité.**

L'auteur décrit d'abord le manuel opératoire, puis après avoir passé en revue l'action physiologique et thérapeutique de la faradisation utérine, il pose les indications de cette faradisation pendant la

grossesse, puis pendant le travail : inertie utérine; hémorrhagie. Enfin, après l'expulsion du fœtus : rétention du placenta; hémorrhagie.

L'auteur fait encore remarquer que la faradisation est très utile après la délivrance en ce qu'elle accélère l'involution utérine, et permet par conséquent aux femmes de se lever plus tôt.

L'auteur termine en faisant remarquer la supériorité de la faradisation sur le seigle ergoté.

Le Dr SPEIGELBERG communique un travail intitulé : **L'antisepticisme dans les accouchements**. En voici le résumé :

La grande réforme apportée à la chirurgie par le traitement antiseptique, ne pouvait pas manquer d'avoir de l'influence sur le traitement des complications puerpérales, puisque nous savons depuis longtemps que ces dernières sont de la même nature que celles des plaies.

L'opinion, que les plaies puerpérales étaient infectées, et que l'inflammation des organes génitaux était attribuable à un agent venu de l'extérieur, acquit une grande vogue. L'idée, au contraire, de la production spontanée de matières infectieuses dans le tractus génital fut de plus en plus abandonnée. Comme conséquence de cette opinion, on recommanda la plus scrupuleuse propreté pour les mains et les instruments; on défendit aux accoucheurs de traiter d'autres malades; on interdit aux gardes-malades, soignant des cas de fièvre puerpérale, de soigner en même temps des cas normaux.

L'expérience montrant que ces précautions diminuaient considérablement les cas graves, on songea à l'antisepticisme secondaire. L'irrigation intra utérine et le drainage entrèrent dans la pratique, mais sans grand avantage; on vit surgir l'opinion qu'il n'y avait rien de commun entre les complications des plaies et celles des accouchements. On crut qu'il existait un processus puerpéral spécial.

On peut expliquer cet abandon en exposant clairement le processus d'infection; et ici il est nécessaire de s'en rapporter à l'histoire de la chirurgie antiseptique.

La théorie et la pratique de Lister, suffisamment confirmée par l'expérience, est basée sur cette opinion que l'infection est produite par l'action des germes qui flottent dans l'air et se déposent sur une plaie récente. Pour cela il est absolument nécessaire de purifier l'air des germes, qui le remplissent; et si cela n'est pas possible, de neu-

traliser l'action des germes sur la plaie ouverte, et de tenir la plaie à l'abri de leur contact. Application de ces principes au traitement puerpéral :

Propreté scrupuleuse et antiseptique pendant que la plaie est ouverte — ceci comprend le travail de l'accouchement — autant de la part de ceux qui assistent la mère, que de la mère elle-même. On préviendra l'entrée de l'air dans le tractus génital, et comme cela n'est pas toujours praticable, on fera des irrigations antiseptiques fréquentes pendant l'accouchement. Après l'accouchement on fera garder le repos pour favoriser l'involution, et on évitera toute manipulation intravaginale ou intra-utérine, qui n'est pas absolument indispensable ; et, s'il faut recourir à ces manœuvres, on les entourera des plus strictes précautions antiseptiques.

L'antisepticisme secondaire, lorsque l'infection a eu lieu, n'est pas d'une très grande utilité. Il est utile seulement lorsque le processus de décomposition n'a pas dépassé la surface des organes, et n'a pas attaqué le parenchyme. Mais si cela n'est pas le cas, l'antisepticisme n'est qu'un palliatif. Aucun remède digne de confiance, comme le drainage et l'irrigation, n'atteint le siège du mal, et n'atteint ni ne détruit les germes qui ont déjà pénétré dans les tissus. Je ne parle pas des difficultés pratiques de l'antisepticisme secondaire.

Le Dr Monat présente une **analyse des tableaux statistiques des accouchements et de la mortalité dans les Yorkhouse infirmeries pendant les dix dernières années.**

(*A suivre.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

De l'hydrorrhée pendant la grossesse, par le Dr Stapfer. — Lauwereyns, libraire-éditeur.

Le Dr Stapfer, fait remarquer, dès le début, avec raison, la petite part faite à ce sujet dans les divers traités d'obstétrique français et

étrangers. La bibliographie la plus longue tient dans douze lignes. Tous ceux qui s'intéressent à l'obstétrique devraient donc posséder cette étude critique des monographies éparses dans les journaux. On y trouvera un exposé historique, la discussion des opinions émises, et une partie clinique qui est la synthèse des faits contenus dans les observations annoncées et récentes réunies par notre distingué confrère. L'auteur, contrairement à l'usage, ne donne une définition de l'hydrorrhée qu'à la fin de son travail. Il démontre clairement, qu'avant d'avoir fait une étude complète de la question, on ne peut donner une définition, tant est grande la confusion qui règne dans les auteurs au sujet de la métrorrhée. Ainsi nous assistons au travail de son esprit, et nous voyons la lumière se faire peu à peu à mesure qu'on avance dans la lecture. La première partie de la thèse, partie historique, n'est que l'exposé chronologique de la confusion dont nous venons de parler.

« Quoi qu'il soit bien certain que des collections d'eau se forment dans l'utérus, on ignore d'où elles proviennent et où elles s'amassent. » Tel est, en résumé, ce que les auteurs ont pensé de l'hydrorrhée pendant la grossesse, depuis Hippocrate jusqu'au XVI[e] siècle. On a dit que le D[r] Stapfer avait l'air de douter de l'existence de l'hydrorrhée : il suffit de lire sa thèse pour voir qu'il n'en est rien, mais il faut la lire en totalité et non pas en détail. Rien n'est plus méthodique ni plus net. Jusqu'au milieu du XIX[e] siècle, l'aphorisme des premiers auteurs reste exact. En 1858, l'anatomie pathologique démontre que ces collections d'eau se forment entre les membranes décollées et la paroi utérine, comme Nœgelé l'avait supposé. Ainsi donc notre honorable confrère ne doute ni de l'existence de l'hydrorrhée (il prouve cette existence par les assertions des auteurs), ni de la démonstration faite par l'anatomie pathologique, du siège de la collection (il s'appuie sur l'observation de Duclos) ; mais il doute encore (voir couclusion IV) au sujet de l'origine du liquide. Ce doute est scientifique : Rien ne nous autorise actuellement à dire que nous connaissons la provenance du liquide. Sur ce point, on en est réduit à des hypothèses, et M. Stapfer en présente lui-même de nouvelles. On peut supposer, mais quant à affirmer, la science ne le permet pas. Nous ne voulons pas détacher de ce travail des passages qui perdraient à être séparés de l'ensemble. La thèse du D[r] Stapfer n'est pas une compilation ; elle vaut par la manière dont les choses sont

présentées, par la méthode. Notre confrère a réuni un certain nombre d'observations inédites. L'étude de ces observations et l'analyse de celles qui avaient été déjà publiées, le conduisent à penser qu'il existe une hydrorrhée-type, comme il existe une pneumonie-type, mais que souvent l'un ou l'autre des phénomènes dont la réunion forme cette hydrorrhée-type, fait défaut.

Il propose d'appeler l'hydrorrhée *métrorrhée*, à l'exemple de Chassinot, pour bien indiquer que ces écoulements d'eau n'ont rien de commun avec la rupture prématurée des membranes. Il existe peut-être deux formes de métrorrhée, l'une traumatique, l'autre catarrhale. La métrorrhée est d'autant plus rare que la grossesse est plus éloignée du terme ; on l'a observée dès la cinquième semaine. Ordinairement elle est inoffensive pour la mère et pour l'enfant.

Leçons de gynécologie, par le Dr Francisco CAMPA. — Valence 1881, in-8, 600 pages.

L'apparition d'un ouvrage de gynécologie, signé d'un auteur espagnol est chose si peu commune qu'on ne peut se défendre d'un certain sentiment de surprise en lisant le titre de cet article. Cependant, il faut faire une restriction en faveur du Dr Campa dont différents ouvrages, entre autres un Traité d'obstétrique très estimé, lui ont valu une réputation méritée de gynécologiste. Aussi sommes-nous heureux de signaler à l'attention du public médical le livre que cet auteur vient de publier et qui n'est que le résumé des leçons qu'il a faites à la Faculté de Valence. Nous ne pouvons mieux faire, pour en donner une idée générale au lecteur, que d'en indiquer les principaux chapitres. L'ouvrage est divisé en cinq parties. La première, consacrée à la pathologie générale, renferme des notions précieuses sur le diagnostic, le traitement des maladies des femmes, les différents procédés d'exploration, et les instruments employés dans ce but. La seconde partie comprend les troubles de la menstruation. La troisième, la pathologie des ovaires et des trompes, où nous signalerons le chapitre consacré aux kystes de l'ovaire. La quatrième partie nous présente le tableau des affections de l'utérus : inflammations, tumeurs, polypes, déviations, etc. Enfin la cinquième partie renferme

l'exposé des maladies de l'appareil génital externe. Comme on le voit, rien n'a été oublié, et chaque question est traitée d'une façon complète, en même temps que concise. Aussi attendons-nous avec impatience le futur ouvrage sur la pédiatrie que le Dr Campa va bientôt publier, et nous sommes sûr d'avance que nous aurons encore à lui renouveler les félicitations que nous lui adressons.

PAUL RODET.

La génération humaine, par le Dr WITKOWSKI. — Paris, E. Lauwereyns, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

Ce volume est la seconde partie d'un ouvrage consacré à l'étude de la structure et des fonctions du corps humain. Dans la première, à l'usage des gens du monde, des élèves des Beaux-Arts et des lycées, sont décrites les fonctions de nutrition et de relation qui président à la conservation de l'individu. Aujourd'hui, l'auteur s'adresse à un public plus restreint pour décrire les organes et les fonctions qui ont pour but la conservation de l'espèce.

La génération est divisée en deux livres : anatomie et physiologie des organes génitaux de l'homme et de la femme.

Dans la première partie, la multiplicité des figures facilite singulièrement la lecture du texte, et permet à la mémoire de retenir sans effort le souvenir de l'étude. Au cours de la description anatomique trouvent place certaines opérations : castration, infibulation et circoncision ; ou certains accidents : hypertrophie de la prostate, herpès præputialis, phimosis et paraphimosis, dont les organes génitaux de l'homme sont le siège.

A la suite des organes génitaux de la femme, vient l'état des mamelles. Deux magnifiques planches inconographiques reportées à la fin de l'ouvrage permettent de saisir facilement et de retenir les descriptions.

La seconde partie de l'ouvrage est un résumé des différents temps des fonctions de reproduction. De l'appétit vénérien du sens génésique qui en est le point de départ, à l'accouchement qui en est le terme, et à l'allaitement qui en est le complément, l'auteur nous conduit par un chemin semé d'anecdotes et d'aphorismes où l'intérêt est toujours en éveil.

Au chapitre de la fécondation, on trouvera indiquées d'utiles notions relatives à la procréation, à l'hérédité, aux unions consanguines, à la stérilité et aux moyens d'y remédier, notamment à la fécondation artificielle. De même, nous recommanderons la lecture des pages consacrées au développement de l'œuf fécondé, aux métamorphoses de l'embryon, aux monstruosités, à l'hygiène de la grossesse.

Un dernier chapitre est consacré à l'allaitement. Je regrette de ne pouvoir donner en entier l'humoristique consultation du Dr Bessières sur le choix d'une nourrice.

En voici tout au moins la conclusion :

Ah! tenez, laissons-là toutes ces mercenaires
Qui ne vendent leur lait que pour de gros salaires,
Et dites de ma part à votre aimable femme,
Que partout, en tout temps, en tous lieux, on proclame
La supériorité de la mère allaitant —
Ainsi que Dieu le veut — son trésor, son enfant.

Le Dr Witkowski est l'auteur d'une anatomie iconographique justement estimée, et il n'est point douteux que ce second ouvrage aura le même succès que le premier. *La Génération* pourrait porter en sous-titre : *Livre des gens à marier*. Il y a dans ce livre une foule de notions que tout homme devrait posséder.

R. Chenet.

REVUE DES JOURNAUX

Les limites de l'opération d'Emmet, par Charles Cavroll Lee.

Dans ce travail l'auteur restreint autant qu'il est possible l'opération d'Emmet et donne à ce sujet des règles qui peuvent être résumées dans les propositions suivantes :

1° Il faut toujours surveiller attentivement les femmes accouchées, et s'assurer s'il y a une lacération du col ou du périnée, et y remédier, si cela est possible.

2° Quand on se trouve en présence de cas de lacérations du col, il

ne faut jamais consentir à l'opération tant qu'il y a des traces d'inflammation pelvienne.

3° On se guidera, pour se décider à faire l'opération, seulement sur l'importance de la déchirure et sur son influence probable sur l'état de la femme.

4° Dans le traitement des lacérations du col, si elles ont jamais besoin d'être traitées, l'auteur n'adhérera résolument à la trachélorrhaphie que quand il sera bien convaincu que la méthode d'Emmet est la plus sûre et la meilleure.

(*The New York medical Journal and obstetrical Review*, sept. 1881, p. 225).

PAUL RODET.

Traitement prophylactique de l'ophthalmie des nouveau-nés.

I. — CREDÉ. — *Traitement de l'ophthalmie des nouveau-nés*. (*Archiv. für Gynækologie*, Bd. XVII, Heft. I.)

II. — OLSHAUSEN. — *Sur la Prophylaxie de l'ophthalmie des nouveau-nés*. (*Centralblatt für Gynækologie*, p. 33, 1881.)

III. — HAUSSMANN. — *Sur la prophylaxie de l'ophthalmie infectieuse des enfants nouveau-nés*. (*Centralblatt für Gynækologie*, p. 76. 1881.)

IV. — HAUSSMANN. — *Sur l'ophthalmie des nouveau-nés*. (*Centralblatt für Gynækologie*, p. 203, 1881.)

I. — Credé donne un moyen qui lui à réussi pour prévenir l'apparition de l'ophthalmie chez les nouveau-nés.

Les affections blennorrhagiques du vagin sont la cause des affections oculaires que l'on voit naître chez les enfants dans les premiers jours qui suivent la naissance. On a essayé de faire des lavages vaginaux pendant l'accouchement, mais on a ainsi obtenu peu de résultats.

Depuis le mois d'octobre 1878, l'auteur a agi directement sur les yeux des enfants.

Tout d'abord, il a lavé les yeux immédiatement après la naissance avec une solution de borax à 1/60. Au mois de décembre de la même année, il a modifié sa méthode ; il a injecté dans les yeux une goutte d'une solution de nitrate d'argent à 1/40, après les avoir préalablement lavés avec une solution d'acide salicylique à 2 0/0. Depuis le mois de uin 1880, il a traité les yeux de tous les enfants, sans exception, en

y laissant tomber, immédiatement après la naissance une goutte d'une solution de nitrate d'argent à 2 0/0, puis en plaçant sur les paupières des compresses imbibées d'une solution d'acide salicylique, compresses qui étaient renouvelées pendant vingt-quatre heures.

Voici les résultats qu'il a obtenus.

Années.	Nombre des naissances.	Rapport du nombre de cas d'ophthalmie à celui des naissances.
1874	323	13.6
1875	287	12.9
1876	357	9.1
1877	360	8.3
1878	353	9.8
1879	399	9.2
1880 (1er janvier-31 mai)	187	7.6
1880 (1er juin-8 décembre)	200	0.5

II. — Olshausen, après avoir demandé conseil à de Græfe, lave les yeux des enfants immédiatement après leur naissance, non pas avec une solution de nitrate d'argent, mais avec une solution d'eau phéniquée à 1 0/0.

Grâce à ces précautions, il a vu la morbilité tomber de 12 1/2 0/0 à 6 0/0.

Quand il a commencé à appliquer ce traitement, il faisait les lavages immédiatement après la naissance de l'enfant, quand la ligature du cordon était faite. Depuis neuf mois, les lavages sont faits avant même le dégagement des épaules, alors que les yeux ne se sont pas encore ouverts.

En procédant de cette manière, il a eu des résultats encore meilleurs, car sur 166 enfants nés à la Maternité de Halle, pendant 1880, on a eu seulement une morbidité de 3,6 0/0 ; tandis qu'en 1877, sur 137 enfants, il y avait eu une morbidité de 8, 8 0/0.

Sur 18 cas d'ophthalmie qu'il a observés, pendant deux années, il n'a pas eu à regretter un seul cas d'ulcération de la cornée.

Il trouve que sa méthode est moins dangereuse que celle de Credé ; elle peut-être en outre mise en usage par les sages-femmes sans qu'il puisse en résulter d'inconvénients.

Il faut avoir soin de laver les yeux avant qu'ils ne se soient ouverts, et de bien nettoyer les culs-de-sac avec de la ouate.

III et IV. — L'auteur fait un court historique de la question.

Il note que dans certains cas, dans le cas de présentation de la face par exemple, les vibrions peuvent être portés dans les yeux par le doigt de l'accoucheur. D'où cette indication de ne pas désinfecter seulement les mains avant chaque exploration, mais encore de faire une injection désinfectante dans le vagin.

Paul BAR.

I. — **Prolapsus du vagin et de l'utérus** (*Volkmann's Klinische Vortrage* 183, 184). — A. Martin, dans ce mémoire, étudie d'abord minutieusement l'anatomie des organes. A l'état normal, l'utérus repose sur le vagin, la vessie, le rectum et le plancher du bassin, qui sert comme de clôture en bas. Sa position varie avec l'état de vacuité ou de plénitude des réservoirs voisins, la pression intra-abdominale, la position de la femme, avec son propre volume et l'état de ses supports les plus importants, les ligaments sacro-utérins. Le rectum et la vessie, lorsqu'ils sont remplis, trouvent dans un périnée sain un support suffisant. Les relations normales de ces organes peuvent être changées par deux causes : 1° L'augmentation de la pression intra-abdominale; 2° Des altérations dans les organes eux-mêmes, amenées surtout par la grossesse et l'accouchement. La gestation s'accompagne toujours d'une hypertrophie des parois vaginales qui amène un élargissement de son canal, et un prolapsus des plis hypertrophiés, qui élargissent encore l'entrée. Si, pendant l'accouchement, il s'ajoute à cette cause une dilatation violente, l'involution et la réparation seront difficiles; elles peuvent se faire, si les conditions sont favorables. Mais elles sont loin de l'être toujours; les soins manquent souvent, la femme se lève trop tôt, elle se livre trop tôt au coït, la défécation est irrégulière; à ces causes s'en ajoute une à laquelle on n'a pas attaché l'importance qu'elle mérite; il n'y a pas assez de tissus graisseux autour du vagin, qui est ainsi peu fixé à son voisinage. Puis, l'orifice vaginal ne revient jamais à son calibre originel, surtout s'il s'est produit des cicatrices profondes dans la commissure postérieure; le périnée ne donne plus alors à la vessie et à la paroi vaginale antérieure le soutien nécessaire.

Le vagin peut aussi ne pas subir une involution naturelle, ce qui

influe sur celle de l'utérus. Celui-ci reste plus gros et plus lourd, ses ligaments ne recouvrent pas leur tonicité; si sa position aussi est altérée, si son axe fait un angle obtus, ou une ligne droite avec celui du vagin, l'organe descend dans le vagin, et retourne ses parois. Ce fait se produit surtout lorsque sur l'utérus pèse une vessie, ou un rectum distendus, ce qui est fréquent dans les couches.

Le prolapsus vaginal peut ne pas être puerpéral; il est dû alors à des tumeurs recto ou vésico-vaginales, et à un traitement mal conduit.

Martin considère l'une après l'autre différentes régions :

1° La paroi antérieure. Deux formes distinctes. D'abord celle dans laquelle les deux tiers inférieurs de la paroi descendent; puis celle, très rare, où le tiers supérieur seul est intéressé. Les deux tiers inférieurs sont fortement distendus pendant l'accouchement; si l'accouchée se lève trop tôt, si elle fait des efforts de miction ou de défécation violents, la paroi antérieure, mal supportée par la cloison recto-vaginale subinvoluée, et par un orifice relâché, va paraître à la vulve, entraînant avec elle l'urèthre; petit à petit, la vessie elle-même descend, la cystocèle est produite, et la malade ne peut que malaisément vider sa vessie.

La chute de la paroi vaginale antérieure n'entraîne pas nécessairement la cystocèle; les ligaments utéro-vésicaux sont alors très relâchés. L'intestin presse sur le vagin, et le fait descendre, tandis que la vessie demeure en place; c'est l'entérocèle vaginale antérieure. L'entérocèle vaginale postérieure se produit de même. Ces déplacements sont rarement isolés, ils s'accompagnent le plus souvent d'un allongement secondaire du col utérin.

Les organes subissent des altérations de tissu. La muqueuse prolabée sèche, s'œdématie, perd ses plis, et s'ulcère. La partie de l'utérus qui vient au dehors s'hypertrophie considérablement et la muqueuse du col se renverse en dehors.

Le traitement est surtout prophylactique. Il faut nourrir l'accouchée, car, dit Martin : « Une femme saine qui vient d'accoucher ne doit subir aucune restriction dans son alimentation. » Il est utile de lui faire des injections désinfectantes et astringentes dès le cinquième ou le sixième jour. Si elle accuse une sensation de chute des organes, on lui fera prendre des bains de siège, des injections d'écorce de quinquina, et, si cela ne suffit pas, on lui mettra des tampons de glycérine au tannin. Il faut cependant quelquefois se résoudre à

opérer, si le traitement médical échoue. L'auteur condamne l'usage des pessaires, sauf comme palliatifs dans les cas désespérés ou inopérables. Il a recours immédiatement à l'opération radicale.

Les premières tentatives de rétention par diminution du calibre vaginal ont été des cautérisations de la muqueuse. Les résultats n'ont pas été durables. En 1831, Henning, suivi en 1836 par Dieffenbach, essaya d'obtenir la contention en enlevant les lambeaux de la muqueuse et en réunissant les bords de la plaie. Ils ne réussirent que partiellement. La colporrhaphie antérieure de Sims, qui consiste dans l'excision d'un lambeau ovale de la muqueuse, correspondant en surface à l'étendue du prolapsus, est admise maintenant comme une partie de l'opération radicale; elle est insuffisante dans bien des cas, comme toutes les opérations qui n'attaquent que la paroi postérieure du périnée. Plus récemment, Winckel a proposé une méthode meilleure chez les femmes jeunes, et dans les cas où il n'y a pas de rectocèle ou de rupture du périnée : elle a pour objet la contention, plutôt par flexion du vagin sur lui-même, que par rétrécissement de ce canal. Il avive le tiers inférieur du vagin, le bord antérieur de la dénudation est formé par les débris de l'hymen, sa largeur est de 2 à 2 cent. 1/2 ; son bord remonte à 3 ou 4 cent. au-dessous du méat; on commence au milieu de la fosse naviculaire, et on dissèque des deux côtés un lambeau de 6 centimètres de largeur, quelquefois de 8 centimètres seulement; puis on les réunit par leur milieu pour faire un pont, en commençant par en haut, avec des sutures profondes, de façon qu'on a comme un T. Dans 7 cas, Winckel a eu de bons résultats. Le prolapsus exige généralement 3 opérations, qu'on peut faire en une seule séance. Pour la première, diminution du volume utérin, Martin préfère la méthode de Hégar, qui se fait en deux incisions sur le col, et l'excision de deux lambeaux en forme de croix; puis on suture la muqueuse cervicale avec celle du vagin. Si la muqueuse du col est malade, Martin préfère sa propre méthode. Il excise une des lèvres à une hauteur variable avec les indications, puis il suture au moignon un tube à drainage, dans le prolongement du canal cervical; il fait de même pour l'autre lèvre, et y fixe aussi un drain. Puis il réunit les deux surfaces sur les côtés du drain, en suturant d'avant en arrière. Ayant ainsi diminué le volume du col, il fait aussitôt la colporrhaphie antérieure, d'après la méthode ordinaire. La suture faite, il réduit la paroi vaginale antérieure et l'utérus, et fait la colporrhaphie postérieure.

La méthode de Simon se propose de produire une saillie sur la paroi postérieure. L'utérus est censé s'appuyer contre la saillie supérieure de cette borne lorsqu'il est antéversé ; lors même qu'il est rétroversé, il glisse sur le bord antérieur de la saillie qui le conduit vers la symphyse, où il trouve un soutien assuré. Dans ce but, Simon fait l'avivement de la muqueuse en y taillant un hexagone. Il commence son incision aussi haut que possible de chaque côté, en la dirigeant en dehors et un peu en bas, jusqu'au milieu de la paroi latérale ; de là, il la continue jusqu'à la vulve ; et réunit les deux branches pour en former un U en arrière de la vulve. Mais cette opération n'ayant pas réussi aussi bien que Simon l'affirmait, ses élèves mêmes ont dû la modifier. Le principal obstacle à la réunion par première intention paraît être le tiraillement auquel sont soumis les bords de la surface dénudée ; s'ils se séparent, le suintement qui se produit empêche leur agglutination.

Même dans le cas de réunion immédiate, la barrière devient bientôt insuffisante, par le fait de son allongement. Hégar prétend que l'opération doit créer dans la paroi postérieure du vagin une résistance qui s'oppose à la chute de l'utérus. La figure de Hégar est un simple triangle dont le sommet est taillé aussi haut que possible dans le vagin, et dont la base est arrondie en U.

Lorsque les bords de la surface dénudée ont été rapprochés par des sutures alternativement profondes et superficielles, on a sur la région médiane une masse de tissu qui ne forme pas une barrière à pic, mais dont le volume soutient l'utérus. La méthode de Hégar a donné d'excellents résultats, mais, dans d'autres mains que les siennes les succès ne sont pas assurés, à cause du tiraillement auquel sont soumis les bords au point où l'incision passe de la paroi postérieure aux parois latérales du vagin.

Bischof adopte l'idée fondamentale de Simon, mais il la modifie en plaçant l'utérus de telle façon que son axe fasse un angle aigu avec celui du vagin. Il dissèque un large lambeau en forme de langue, qu'il réunit aux parois latérales à moitié de leur hauteur, laissant ainsi une perte de substance infundibuliforme qu'il comble ensuite par des sutures introduites à travers le périnée.

Banga affirme que cette opération maintient parfaitement l'utérus, qu'elle est facile, et constamment suivie de l'union immédiate, la surface cruentée étant protégée par le lambeau contre les exsuda-

tions. Martin, qui a cinq fois opéré de cette façon, affirme le contraire.

Martin n'étant pas satisfait des résultats que lui ont donnés ces méthodes, en a inventé une, qui répond à toutes les indications. Elle est fondée sur les rapports anatomiques du calibre et des parois du vagin. Le vagin vide n'est pas un cylindre, mais sa coupe représent une H, dans les branches verticales de laquelle les plis vaginaux se rencontrent.

Dans la paroi postérieure, les plis sont plus larges, et sont supportés par un fort canevas de tissu connectif, qui forme la colonne postérieure ; cette crête est la dernière à être modifiée par le prolapsus; il est même rare qu'elle s'efface complètement. Les méthodes de Simon et de Hégar la sectionnent et lui enlèvent les plis latéraux. Bischof s'en sert en l'unissant avec les parois latérales. Mais il est inutile, et même dangereux, de disséquer ce lambeau, car d'après Henle, la paroi postérieure fait chez la vierge une telle saillie dans le vagin, qu'elle va toucher les parois latérales vers le milieu de leur hauteur. Il serait donc suffisant d'exciser la muqueuse qui borde la dépression située entre la colonne et la paroi, et de rapprocher les deux bords. Pour Martin, cette méthode a l'avantage de donner peu de sang,et de ne découvrir que des surfaces peu étendues, qui sont du reste recouvertes aussitôt dénudées.

Voici comment il procède : La paroi postérieure étant attirée en bas et maintenue par une pince, on voit la colonne former une crête sur la ligne médiane.

Il entame cette crête par une incision et la dissèque ; le lambeau ainsi obtenu est laissé pendant sur la vulve.

Il comble la surface dénudée en réunissant les bases par des sutures alternativement profondes et superficielles.

Puis il opère de même de l'autre côté, ce qui diminue le calibre du vagin. Le dernier temps de l'opération consiste à circonscrire l'entrée du vagin par une incision double de chaque côté qui commence à la base de la ligne de réunion des deux premières incisions, et remonte jusqu'à la hauteur de l'entrée vaginale.

Enfin, Martin réunit les deux bords de ces incisions par des sutures profondes.

La forme que l'auteur donne aux surfaces dénudées ne peut à défaut d'une figure, qui ferait mieux comprendre le procédé, mieux se comparer qu'à un verre placé dans une tasse, et vu en coupe.



II. — Contribution à l'étude du traitement du prolapsus funiculaire, par SCHLUTER. — Dans sa thèse inaugurale, soutenue à Halle, en 1880, Schluter, donne un bon résumé historique et critique de cette question. Sur 65 cas de procidence du cordon, 43 ont abouti à la naissance d'enfants vivants (66 p. 100).

Dans 25 cas, la tête se présentant, on fit la version, et l'extraction immédiate. L'enfant survécut 20 fois.

L'enfant étant mort une fois avant qu'on intervînt, on peut ne pas compter ce cas, et l'on trouve ainsi 84 p. 100 d'enfants sauvés. Sur 11 cas de présentation pelvienne, on a eu 82 p. 100 de succès. Sur 11 cas de réduction,3 morts; 73 p. 100 de sauvés. Sur 7 cas de non-intervention 14 p. 100 seulement des enfants naquirent vivants. Sur le total des cas (65) on fut obligé de perforer 6 fois. On ne perdit qu'une mère qui succomba à l'éclampsie ; sauf dans ce cas, les suites de couches furent toujours naturelles.

L'auteur conclut à la nécessité d'une prompte décision et d'une intervention rapide.

III. — Kolosser : Transformation manuelle de la présentation de la face en présentation de l'occiput. — Dans cette thèse, présentée aussi à Halle, Kolosser, après un résumé historique, rapporte quatre cas inédits. Il croit que par une manipulation combinée,connue sous le nom de métbode de Pippinskold-Fritsche, on peut, sans danger pour la mère, et souvent sans douleur, changer la présentation faciale en la présentation occipitale.

Voici selon lui, les conditions qui ne permettraient pas d'appliquer cette méthode :

1° Rétrécissement pelvien trop prononcé ;

2° Immobilité de la tête fœtale, impossibilité de sentir l'occiput par le palper ;

3° Engagement de la tête dans le col.

Il faut que les contractions soient assez fortes et régulières.

La vessie et le rectum doivent être vidés préalablement. Le chloroforme est utile pour éviter les mouvements gênants de la parturicule. (*Am* : *J. of obst* : 1881, p. 449 et 109.)

A. CORDES.

VARIÉTÉS

Cas d'aphonie rebelle guérie par l'appareil à redressement des déviations utérines, du Dr Eugène VERRIER, préparateur à la Faculté de médecine. — Une dame de 50 ans, se présente à ma consultation pour un cas d'aphonie rebelle datant de quinze années, qui avait été traité sans succès à l'hôpital de la Charité, ainsi que dans différentes cliniques de la ville. — Antécédents spécifiques nuls ; — aucun symptôme de tuberculose ; — la malade avait été vue plusieurs fois au laryngoscope sans que jamais on ait découvert de lésions dans le larynx. — Pas d'angines antérieures. — L'électricité employée par plusieurs spécialistes n'avait donné aucun résultat.

La seule chose qui soulageât la malade était un lavement qu'elle prenait tous les soirs, sur le conseil de son médecin ordinaire et à la suite duquel la voix revenait pour une demi-heure environ. — Cette dernière confidence m'ouvrit tout un horizon pour le diagnostic. La cause de l'aphonie résidait évidemment pour moi dans la sphère génitale. En effet, au toucher, je trouvai une rétroversion utérine très accentuée. Immédiatement je procédai au redressement à l'aide de mon appareil par la position que j'ai indiquée dans mes différentes publications. J'eus la satisfaction de ne pas trouver d'adhérences pathologiques ; l'utérus accomplit donc son mouvement de bascule à la suite du déplacement des anses intestinales.

Aussitôt, et sur l'appareil même, la malade se mit à parler à haute et intelligible voix. Je redressai l'appareil, la malade redevint aphone ; je fis basculer de nouveau le dossier du fauteuil, la malade reprit sa voix naturelle, et, après avoir réitéré deux ou trois fois cette manœuvre, j'acquis la conviction que dans la station debout, le fond de l'utérus rétroversé, portant sur le plexus sacré, amenait l'aphonie par action réflexe, en raison des unions de ce plexus avec les ganglions du grand sympathique ; tandis que dans le décubitus génu-pectoral, le fond de l'organe quittant la région sacrée, la compression cessait et la voix reprenait son timbre normal. Je m'expliquai alors l'action du lavement qui, jusque-là, m'avait paru une énigme.

Malheureusement la mobilité de l'utérus était excessive ; la réduc-

tion obtenue ne pouvait se maintenir et la voix, normale sur l'appareil, se perdait de nouveau quand la femme était dedout.

Je voulus cependant avoir le dernier mot ; je fis revenir la malade quelques jours après. Dans l'intervalle je me procurai un pessaire de Hogde à rétroversion utérine et la malade étant de nouveau placée sur l'apparpil, j'introduisis, non sans quelque peine, le pessaire *in situ* et, replaçant la malade dans la station debout, j'eus la satisfaction de l'entendre parler nettement et, depuis *deux mois* que cette opération a été faite la voix n'a jamais cessé de se faire entendre et la malade a pu reprendre sa profession interrompue de courtière en marchandises.

Tout porte à croire qu'avec un traitement approprié et suivant ma méthode, exposée dans mon *Guide du médecin praticien* (1), nous arriverons, d'ici à quelques semaines, encore deux mois au plus, à nous passer du pessaire et que la malade aura récupéré la voix d'une façon définitive sans l'intervention constante d'un pessaire, et aura gagné en outre la guérison de sa rétroversion dont elle n'avait pas conscience.



— Pour l'intelligence de cette curieuse observation, je donne ici, en réduction, le cliché de mon appareil, que j'ai présenté moi-même au Congrès médical international de Londres cette année. (Voir le compte rendu des travaux de la VIe section.)

Cours d'accouchements. — M. le Dr Eugène Verrier, professeur libre, reprendra ses cours et leçons de manœuvres et opérations obstétricales dans les premiers jours de décembre. S'adresser pour les renseignements et pour s'inscrire chez M. Verrier, 26, rue Montmartre, de 3 à 5 heures. — Les étudiantes en médecine seront admises. — Incessamment l'ouverture d'un nouveau cours de clinique gynécologique médico-chirurgicale.

Policlinique de chirurgie des femmes, du Dr Berrut, rue de Bellechasse, 29.

Du 1er novembre au 31 août de chaque année :

Le jeudi à 9 heures : consultations auxquelles assistent les élèves inscrits.

A 11 heures : leçon à laquelle sont admis tous les médecins, élèves et sages-femmes.

La première leçon aura lieu le jeudi, 3 novembre 1881.

Manœuvres obstétricales. — Le Dr Thevenot, recommencera son cours public d'accouchement le lundi 21 novembre à 5 heures, et le continuera les mercredis et vendredis suivants, 172, boulevard Saint-Germain.

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

The relations of goitre to pregnancy and derangements of the generative organs of women, par le Dr Edwards Jenks (de Chicago). Extrait de *The american Journal of obstetrics and diseases of women and children*, vol. XIV, n° 1, janvier 1881.

Traité des eaux de Pougues (fascicule 3), par le Dr Janicot, 1881.

Eaux minérales de Luchon, instructions pratiques, avant, pendant et après la cure, par le Dr Carlos Valdès, 1881.

Statistique de la Maternité de Cochin, par le Dr Polaillon. (Extrait de la *France médicale*, nos 42 et suivants, 1881.)

Tratado teorico y clinico de enfermedades de mujeres, par le Dr Antonio Gomez Torres, professeur de clinique obstétricale, Grenada, 1881.

Tre casi di dilatazione rapida ed incruenta del l'urethra femminale, par le Dr Arturo Bompiani. (Extrait de la *Rivista clinica obstetrica e ginecologica*, 1881.)

Uterine dilatation with a new instrument, par le Dr Wilson (de Baltimore). Extrait de l'*American Journal of obstetrics and diseases of women*. vol. XIV, n° 3, juillet 1881.

Paquelin's thermo-cautery with Wilson's antithermic shield in epithelioma of the cervix uteri, par le Dr Wilson (de Baltimore). Mémoire lu à la *Medical Society of Virginia*, 23 octobre 1879.

A Case of combined intra-uterine and abdominal twin pregnancy, the first child Born naturally at eight months, the second delivered alive at term by laparotomy, par le Dr Wilson (de Baltimore). Extrait de l'*American J. of obst. and diseases of women*, vol. XIII, n° IV, octobre 1880.

Le gérant : A. Leblond

PARIS. — TYPOGRAPHIE A. PARENT
A DAVY, Successr, imp. de la Fac. de méd., r. M.-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Décembre 1881.

TRAVAUX ORIGINAUX

SUR LE TRAITEMENT DE L'HÉMORRHAGIE APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

Par le Dr Barnes.

Mémoire lu au Congrès international de médecine à Londres, le 9 *août* 1881.

En acceptant l'invitation, dont je suis honoré, de présenter à la section obstétricale du Congrès international de médecine, un travail sur *l'Hémorrhagie puerpérale*, mon premier effort sera d'être bref. M'adressant à des confrères profondément versés dans le sujet, les faits élémentaires et les détails peuvent être passés sous silence.

On ne saurait contester que le traitement de l'hémorrhagie puerpérale tel qu'il est enseigné dans les écoles, et tel qu'il est pratiqué, ne soit largement entaché d'empirisme.

On ne saurait nier que beaucoup de femmes périssent encore d'hémorrhagie puerpérale, ni que parmi celles qui guérissent un grand nombre présentent plus tard des accidents.

Mais quelles que soient les opinions diverses que puissent susciter les propositions précédentes, nous nous trouverons tous d'accord pour admettre que la mort par hémorrhagie puerpérale peut être évitée, et que tout au moins nous devons nous efforcer d'en diminuer le nombre.

Le traitement de l'hémorrhagie puerpérale doit trouver sa base rationnelle dans l'étude des conditions qui la précèdent et l'accompagnent.

Les conditions antécédentes datent de la gestation même ; et quelques-unes même la précèdent. Sur ces conditions je ne puis m'arrêter. Qu'il suffise de rappeler la diathèse hémorrhagique dont quelques personnes sont affligées. Lorsque ces personnes deviennent enceintes elles doivent éveiller toute notre sollicitude. Leur idiosyncrasie augmente toutes les conditions qui prédisposent à l'hémorrhagie.

L'étude des causes qui prédisposent à l'hémorrhagie pendant la grossesse doit tout naturellement fixer l'attention sur la prophylaxie. Les modifications de l'organisme effectuées sous l'influence de la grossesse, et particulièrement celles qui ont lieu dans le sang et dans les systèmes vasculaire, nerveux, musculaire et glandulaire, revêtent une importance toute spéciale en relation avec la question qui nous occupe. Il est probable que les centres nerveux sont les premiers à ressentir les effets de la stimulation génératrice. Le système vasculaire subit la nouvelle influence. Le sang est modifié dans sa quantité et dans sa qualité. L'excitation nerveuse et vasculaire également dirigée vers un centre spécial du travail de développement, reçoit en retour de ce centre un motif continuel à l'action.

Pour soutenir ce nouveau travail de construction un renfort de matières est essentiel; c'est-à-dire que la masse du sang de-

vient plus considérable ; et cette construction exige que les débris soient rapidement déblayés.

Ce déblai est effectué par le sang qui, de cette manière, devient surchargé de matières superflues.

Il faut donc une provision contre l'accumulation de débris.

Cette nécessité exige que le système glandulaire, y compris le foie, les reins, le canal intestinal, les poumons et la peau, soit forcé de faire un service plus actif. Les glandes grandissent, le cœur bat plus vite et travaille plus fort. La conséquence de cette suractivité est cette hypertrophie normale ou physiologique du cœur qu'ont signalée Larcher, Ducrest et Guillot.

Il n'est pas besoin de dire qu'il se fait une énorme extension du système vasculaire dans le nouveau foyer de développement, foyer qui sera aussi le siège d'hémorrhagie, si le processus de rentrée dans l'état ordinaire vient à être troublé. Il est difficile de ne pas conclure qu'un procès de développement analogue se montre aussi dans les centres nerveux. C'est dans le système nerveux que sont puisées les forces qui doivent soutenir et contrôler ce travail immense de construction et de nutrition. Aussi l'on voit une exaltation cérébrale, une excitabilité augmentée dans les muscles, la propriété réflexe notablement plus mobile.

Tant que toutes ces fonctions s'accomplissent harmonieusement, tant que le juste équilibre est maintenu, ce qui demande un organisme sain l'hémorrhagie n'est pas à craindre, mais que cette harmonie, cette coordination physiologique soit troublée, alors l'hémorrhagie et d'autres maux surgissent. Par exemple, si sous l'influence de tension excessive, nerveuse et vasculaire, il arrive que le foie ou les reins soient accablés, ce qui arrive plus facilement si ces organes sont lésés, des matières nuisibles s'accumulent dans le sang, de l'albumine passe dans l'urine, et une cause des plus puissantes de l'hémorrhagie, spécialement signalée par Blot et Chantreuil, se déclare.

Dans l'étude de l'hémorrhagie puerpérale il faut compter

toutes ces conditions antécédentes. Et il faut de plus compter avec les changements consécutifs à cette révolution soudaine effectuée par l'accouchement.

Il suffit de rappeler à la mémoire les caractères du sang dans la grossesse ; la proportion diminuée des globules rouges, la plus grande quantité de fibrine et d'eau, et l'augmentation de la masse du sang. Il y aura sans doute d'autres conditions moins bien constatées, mais nous pouvons nous assurer que le sang contient une plus grande portion de matériel usé cherchant à s'éliminer, et que cette proportion doit varier selon l'activité du processus nutritif, de l'absorption, et de la capacité des organes excrétoires.

Or, il s'ensuit, comme nécessité physiologique, que le système sera débarrassé de l'excès du sang demandé pour les processus de la grossesse, dès le moment que la grossesse est terminée. La séparation de ce sang peut être appelée: *hémorrhagie physiologique puerpérale.* C'est une forme de menstruation. L'accouchement, on doit s'en souvenir, a lieu à une époque menstruelle.

Le rejet du sang en excès est accompagné, comme dans la menstruation, d'une décharge rapide de l'excès d'énergie nerveuse préparée pour le suprême effort de la parturition.

Or, l'hémorrhagie peut aisément, comme on le sait trop bien, passer les bornes physiologiques. Quelles sont les conditions normales qui imposent de justes limites à l'hémorrhagie? Il y la *contraction de l'utérus*, propriété complexe qu'il faudra analyser tout à l'heure. Il y a diminution de tension du système nerveux et du système vasculaire ; il y a détournement, dérivation du flux de sang de l'utérus ; il y a rétraction des vaisseaux de l'utérus; il y a coagulation du sang dans ces vaisseaux. C'est dans la juste concurrence de ces facteurs que se trouve l'arrêt de l'hémorrhagie. C'est dans le défaut d'un ou de plusieurs, ou dans le désordre de ces facteurs qu'on trouve la persistance de l'hémorrhagie. Les efforts du médecin doivent être dirigés pour maintenir ou réhabiliter ces facteurs individuellement et dans leur solidarité.

Quoiqu'il soit inévitable pour la description, de ranger ces facteurs l'un après l'autre, il ne faut pas conclure qu'ils entrent en fonction consécutivement. Il est plus probable que tous fonctionnent ensemble et en même temps. Il est certain qu'aucun de ces facteurs ne peut opérer efficacement sans le concours des autres. Cependant nos procédés thérapeutiques doivent, selon les circonstances, s'adresser plus particulièrement à l'un ou à l'autre de ces facteurs.

L'historien ne peut faire autrement qu'examiner ces facteurs en les analysant; mais le praticien en fera la synthèse.

On commencera donc avec l'analyse des forces hémostatiques de l'utérus. On reconnaît trois propriétés distinctes : l'irritabilité, la rétractilité, la contractilité. Ces propriétés sont intimement liées, mais elles peuvent se manifester dans certaines limites séparément. L'irritabilité peut être regardée comme la condition essentielle de la rétractilité et de la contractilité. La rétractilité dérive immédiatement du système ganglionnaire ; c'est la plus intime des propriétés de l'utérus, c'est elle qui disparaît la dernière.

L'utérus, comme le cœur et les autres muscles creux, peut même se rétracter dans l'agonie, après la mort, et même séparé du corps. C'est donc dans la rétractilité qu'on doit puiser le dernier espoir d'arrêter l'hémorrhagie.

La contractilité propre dérive du système spinal en premier lieu, et du centre cérébral en second lieu. On peut exciter l'utérus à se contracter, en agissant d'abord sur le centre spinal, comme en se servant de l'ergot, par l'excitation directe de la matrice faisant appel à la fonction réflexe, ou en agissant sur la périphérie du corps.

La conséquence immédiate de la contraction de l'utérus, qui suit l'expulsion du fœtus, est le décollement du placenta. Si ce décollement s'accomplit normalement, et si l'utérus se maintient en contraction, il est évident qu'il n'y aura pas d'hémorrhagie, car d'abord les vaisseaux rompus sont fermés par la contraction, et en second lieu l'appel de sang fait pour la nutrition du fœtus n'existant plus, le flux jusqu'ici dirigé vers

'appareil génital cesse ; il y a donc déjà deux facteurs qui s'opposent à l'hémorrhagie : la porte de sortie est serrée, la porte d'entrée n'invite pas ; le sang s'en va dans une autre directioni On pourrait comparer ce qui se passe ici au procès qui arrête la cirulation dans le cordon ombilical et qui empêche l'hémorrhagie de ses vaisseaux lorsqu'on le coupe. L'établissement de la circulation pulmonaire suscité par la respiration détourne le flux du sang des artères hypogastriques et ombilicales.

L'arrêt du flux sanguin vers l'utérus est encore favorisé par la baisse de tension vasculaire qui a lieu au moment du décollement du placenta. Le cœur bat moins fort, l'impetus qui pousse le sang est diminué, et dans les conditions normales, cet impétus est impuissant contre les barrières qu'oppose la contraction de l'utérus. Ainsi les vaisseaux de l'utérus trouvent l'occasion de se rapetisser, et le sang qu'ils contiennent de se coaguler. Voilà le concours de tant de facteurs hémostatiques.

Est-il nécessaire de démontrer que si l'un de ces facteurs vient à faire défaut, on ne peut guère compter sur l'intégrité des autres ? Par exemple, si, à cause de l'épuisement ou de la déviation vicieuse de l'énergie nerveuse, la contraction de l'utérus fait défaut, le flux sanguin vers l'utérus n'est pas détourné, le cœur troublé dans son action maintient une tension factice, les vaisseaux de l'utérus ne s'affaissent pas, le sang qu'ils contiennent ne peut se coaguler ; d'où l'hémorrhagie.

Avant d'étudier les moyens d'arrêter une hémorrhagie, il importe de rappeler les causes principales qui déroutent le processus hémostatique normal. Il suffira de les nommer : l'épuisement nerveux causé par un travail laborieux ou autrement; tout ce qui trouble ou intervertit l'ordre des phénomènes dont la suite constitue un accouchement normal : tels sont la chloroformisation, l'accouchement forcé ou précipité par des manœuvres intempestives ou maladroites, la rétention du placenta décollé ou adhérent.

Ce n'est pas ici l'occasion d'exposer la prophylaxie. Nous sommes en face de l'hémorrhagie. Il ne nous reste qu'à l'arrêter.

Et d'abord il faut jeter un regard rapide sur les conditions

présentes. Le placenta est-il encore enfermé dans l'utérus? Il doit être superflu d'insister sur la loi, bien reconnue d'ailleurs, que le placenta doit être expulsé ou retiré. Mais le moyen d'accomplir ce but est d'une grande importance. Faute d'attention à la suite physiologique des phénomènes de la parturition, on abuse d'une méthode excellente dans des conditions convenables.

Je veux parler de ce qu'on appelle l'*expression du placenta*. Si, poussé par l'impatience, l'accoucheur s'empresse d'exprimer le placenta sans laisser un instant à la femme pour se relever de l'épuisement qui suit l'effort suprême qui a pour but l'expulsion de l'enfant, il crée deux dangers : l'un arrive presque fatalement, c'est la contraction irrégulière, spasmodique de l'utérus; l'autre, rare, il est vrai, mais assez probable pour ne pas le provoquer, c'est le renversement de l'utérus.

Les deux accidents amènent l'hémorrhagie. Le vrai moyen est de suivre, avec la main appuyée doucement sur le fond de la matrice, l'enfant pendant son expulsion, de maintenir une pression douce sur l'utérus après l'expulsion de l'enfant jusqu'au retour spontané des contractions sous l'influence de l'énergie renaissante. Dans ce procédé, il faut également éviter l'expulsion forcée et le massage. Si, au bout de quelques minutes, la contraction attendue ne se montre pas, et surtout s'il se manifeste une tendance à l'hémorrhagie ou un manque de fermeté dans l'action du cœur, alors nous pourrons procéder à l'expression et même, si le placenta refuse d'être chassé, à l'extraction.

Maintenant nous pouvons reprendre la considération des causes immédiates de l'hémorrhagie, afin de poser un plan de traitement.

1° L'*épuisement nerveux* peut être la conséquence du *choc*, condition plus ou moins éprouvée dans tous les accouchements ; il peut être la conséquence de troubles ou de désordre dans le processus de parturition, ou encore de trouble cérébral ou émotionnel.

2° La conséquence de l'épuisement nerveux est le défaut de

contraction musculaire. Il se peut qu'une source d'inertie utérine puisse se trouver dans l'utérus propre; une action excessive, dérangée, spasmodique longtemps soutenue, peut causer un choc direct, une espèce de paralysie organique localisée.

3° La présence du placenta, de membranes, ou de caillots qui maintiennent l'irritation et des contractions désordonnées.

Quels sont les moyens dont la nature se sert pour réprimer l'hémorrhagie ?

Quelques-uns sont assez familiers :

1° Le moyen le plus universellement reconnu est la contraction régulière et tonique de l'utérus, la contraction prédominante dans le fond et le corps de l'organe y compris le siége du placenta ;

2° La coagulation du sang dans les vaisseaux de l'utérus ;

3° La réduction de l'impulsion cardiaque afin de diminuer la force avec laquelle le sang est poussé vers l'appareil génital.

Dans quelques cas, comme lorsque le choc est grave ou à la suite de grandes pertes, l'impulsion du cœur est réduite jusqu'au point de syncope ; et de cette manière, pour le moment, l'hémorrhagie s'arrête. Cette hémostase temporaire peut favoriser la coagulation, et lorsque la force nerveuse se produit, elle peut être dirigée vers l'utérus et l'exciter à la contraction. C'est l'histoire de bien des cas d'hémorrhagie puerpérale. La femme se relève sous l'influence de cette dernière ressource de la nature. L'observation de tels faits permet de douter de l'efficacité du traitement que le médecin avait employé. La question surgit : la nature n'aurait-elle pas suffi sans le médecin ?

Il faut se rendre compte de ce raisonnement dans l'appréciation de nos procédés thérapeutiques. Mais il ne faut pas pousser trop loin notre confiance dans cette ressource ultime et traîtresse.

S'y fier ne serait dans bien des cas rien autre chose qu'inviter et attendre la mort de la patiente.

Pour nous servir de guide dans le choix de remèdes il sera utile de diviser les hémorrhagies en degrés de gravité ascen-

dante depuis l'hémorrhagie physiologique jusqu'à cet extrême degré dans lequel la vie est sérieusement menacée.

On peut indiquer ces degrés avec assez de précision par certains phénomènes physiologiques.

On ne saurait faire appel à la quantité de sang perdu, puisque l'effet d'une perte varie selon l'individu ; la perte même est difficile à estimer.

On peut constater trois degrés de décadence de la fonction diastaltique.

Le premier degré est indiqué par le maintien de la fonction diastaltique dans son intégrité, mais elle est désordonnée dans son action ; il y a toutefois libre et prompte réponse aux excitations ordinaires.

Le second degré est indiqué par une perte notable de la fonction diastaltiqne. C'est à dire, que la réponse aux excitations ordinaires et extraordinaires se fait difficilement et imparfaitement.

Le troisième degré est indiqué par la suspension ou extinction presque absolue de la fonctiondiastaltique. Dans ce degré, il y a vomissement, tendance à la syncope, baillement, pouls rapide faible, parfois intermittent au point que le battement de l'artère radicale, échappe au toucher quoique le cœur puisse encore se faire sentir. Cette perte rapide entraîne aussi, ce qui est important à noter, un abaissement de température.

Traitement. — Dans le premier degré nous nous adressons à la fonction diastaltique pour arrêter l'hémorrhagie en causant la contraction de l'utérus. Cet appel est fait de trois manières : par le cerveau, en rassurant la malade lui donnant de la confiance, et ainsi gagnant de notre côté l'aide des émotions; par le centre spinal, en irritant les nerfs de la périphérie comme par l'application, de l'enfant à la mamelle, par le froid soudainement porté sur l'abdomen, par l'irritation du col de l'utérus, par la compression du corps de l'utérus, par le froid ou la chaleur portés à l'intérieur de l'utérus séparément ou alternativement.

Dans ce premier degré ces procédés mécaniques sont puissamment renforcés par certains médicaments. Ainsi lorsque nous observons que le pouls hémorrhagique indique une activité outre mesure du cœur, et que des coliques utérines indiquent que l'action de l'utérus est pervertie ou désordonnée, on tire le plus grand avantage de doses modérées d'opium de digitale et de bromure de potassium.

C'est ici aussi que l'ergot, soit par sa vertu centrique en augmentant l'énergie du centre spinal, ou par sa vertu diffuse en causant la contraction des vaisseaux, est souvent d'une grande valeur.

Je suis d'avis que l'efficacité de l'ergot est beaucoup augmentée par sa combinaison avec la digitale. La quinine agit d'une façon semblable et peut avec avantage entrer dans la combinaison.

Dans le second degré, les difficultés sont augmentées. La fonction diastaltique est affaiblie. Il faut la ménager, non la surmener ou l'accabler comme on le fait trop souvent. L'ergot, la quinine, la digitale peuvent encore être utiles, mais on ne saurait trop insister sur ce point, à savoir que l'ergot est incapable de donner de la force au centre spinal, qu'il ne fait autre chose que le stimuler, agissant tout comme le fouet ou l'éperon sur un cheval éreinté. Si donc l'ergot est administré au-delà d'une extrême modération, il ne tend qu'à épuiser la force nerveuse. Aussi, il n'est pas rare de voir son usage dans les conditions indiquées être suivi par le vomissement, une action spasmodique de l'utérus, et même par un abattement notable du cœur ; d'autres fois encore son action paraît être nulle.

La règle que je poserais quant à l'emploi de l'ergot serait : donner l'ergot de bonne heure après l'expulsion de l'enfant lorsqu'il y a lieu de craindre l'hémorrhagie ; répétez-le aussitôt que l'hémorrhagie se déclare ; mais s'il manque d'agir bientôt, en cesser l'administration. Il faut s'adresser à des moyens plus sûrs.

La compression de l'utérus par la main à l'intérieur est d'abord au moins indispensable. Habilement employée, cette ma-

nœuvre réprime l'hémorrhagie et donne le temps nécessaire pour regagner un peu de force, et l'administration des remèdes toniques, tels que l'alcool, l'éther, etc., et aussi pour le retour de la force diastaltique. Alors, si l'utérus ne se contracte pas fortement, nous sommes à même de faire encore une fois appel à cette fonction conservatrice. Le froid peut servir. Un morçeau de glace peut être appliqué sur l'abdomen, à la vulve, dans le vagin, ou mieux encore dans la cavité utérine, comme le faisait Levret. Mais il importe de savoir que, dans les cas graves, le froid est plutôt nuisible qu'utile. Une règle pareille à celle qui a été posée à l'égard de l'ergot s'applique à l'emploi du froid. Si la fonction diastaltique est prête à répondre à l'excitation, elle le fait promptement. Si elle n'y est pas disposée, c'est-à-dire si elle est trop affaiblie, le froid ne peut agir qu'en déprimant la force vitale, et, de cette manière, le froid ne fera que favoriser l'hémorrhagie. Ainsi, si le froid n'agit pas promptement, rejetez-le. Nous avons déjà constaté que l'hémorrhagie entraîne une baisse de la température du corps.

Et maintenant, l'indication est claire, de ménager, d'économiser la force nerveuse en essayant d'éveiller la fonction diastaltique par l'aide de la chaleur. Le meilleur moyen de s'en servir, est d'injecter de l'eau portée de 41 à 43 degrés centigrades. La canule est portée jusque dans la cavité utérine et un courant d'eau est projeté pendant une minute. Il sera utile d'ajouter à l'eau 1 p. 100 d'acide phénique. Sans compter sur l'action antiseptique de l'acide, je puis affirmer que, tout en appuyant l'action excitante sur la fonction diastaltique de l'eau chaude; il exerce encore une action astringente.

Si l'eau chaude manque d'exciter la contraction, on peut injecter un courant d'eau froide et le faire succéder par un second courant d'eau chaude. L'alternation du froid et de la chaleur produit, comme Tyler Smith l'a démontré, les meilleurs effets. Pendant ces manœuvres, il importe de comprimer l'utérus avec la main à l'extérieur.

Si l'utérus persiste à se relâcher et si l'hémorrhagie continue, il est évident que la fonction diastaltique fait défaut et que le

cas est prêt à passer dans le troisième degré, dans lequel nous ne pouvons plus nous fier aux méthodes qui font appel à la fonction diastaltique. Que reste-t-il à faire? Arrivé à cet état, ce n'est pas trop de dire que la pratique ordinaire a été de persister aveuglément dans l'emploi des moyens qui n'ont d'efficacité que sur la force diastaltique, et qui, cette force perdue, sont devenus presque inutiles; même deux fois nuisibles, nuisibles par le mal direct qu'ils font et nuisibles en ce qu'ils excluent de bon.

Dans le troisième degré, dans lequel la fonction diastaltique est suspendue, menacée d'extinction, la puissance conservatrice de la nature peut encore sauver la femme, et cela, nonobstant la persistance dans l'emploi des moyens directement opposés à tout principe scientifique, et de plus, remplaçant un traitement rationnel. Dans ce troisième degré, il faut noter que la fonction diastaltique quoique suspendue, ne doit pas être regardée comme éteinte tant que la vie persiste. Pourvu que l'hémorrhagie puisse être arrêtée pour un certain temps, cette force pourra se relever avec le repos.

Il faut donc nous adresser à d'autres facteurs que la nature tient encore en réserve.

Il est permis d'espérer que l'utérus pourra répondre à l'appel fait à cette force intime, à cette contractilité qu'il garde pendant quelque temps, au moins indépendamment de l'influence du centre spinal. Il est encore permis d'espérer que le tissu de l'intérieur de l'utérus pourra se ratatiner sous l'influence des applications styptiques; il est encore permis d'espérer que les vaisseaux sanguins pourront s'obstruer par la coagulation du sang; il est permis d'espérer que si l'on fait gagner un répit de quelques minutes, on trouvera l'occasion d'avoir recours aux mesures restauratives, et qu'avec la force croissante, la contraction musculaire pourra revenir.

Entre cette nouvelle classe de remèdes qui se présentent à notre service, le premier est la faradisation. Cette force agit directement sur la fibre musculaire de l'utérus en excitant sa contractilité intime. Et si l'on pouvait s'y fier pour maintenir

une contraction ferme, pendant quelques instants seulement, on pourrait en tirer un avantage immense. Mais peut-on s'y fier? Sir James Simpson fit des expérimentations qui ne donnèrent qu'un résultat négatif. Mais l'expérience du Dr Radford et la mienne ont démontré, ou que Sir James ne s'est pas servi d'un bon appareil ou qu'il s'en servit mal. Assurément la faradisation peut exciter l'utérus à la contraction. Je n'ai jamais manqué de produire cet effet. Mais malheureusement, de sérieuses objections pratiques se soulevèrent. D'abord l'appareil ne se trouve guère sous la main, sinon dans les hôpitaux; trop de temps est perdu lorsque les instants sont précieux, et les contractions qu'elle suscite sont transitoires, elles cessent aussitôt que le *cercle* est interrompu, et ne s'étendent que rarement sur l'utérus entier, Donc, quelque juste que soit la faradisation quant à la théorie, elle est illusoire dans la pratique.

Les moyens qui provoquent la contraction venant à faillir, nous sommes réduits à choisir entre les moyens qui rétrécissent la surface interne de l'utérus et les bouches béantes des vaisseaux. Il est à remarquer que ce rétrécissement de la surface intérieure équivaut à la contraction musculaire générale. Cette faculté de rétrécir, nous la trouvons dans les styptiques. Laquelle mérite le plus de confiance? Il y en a deux qui concourent pour la première place; ce sont les sels de fer et l'iode. Je propose de m'arrêter spécialement sur leurs valeurs relatives. Ces deux agents sont tellement supérieurs à tous les autres styptiques dont nous possédons l'expérience clinique qu'ils demandent toute notre attention. En comparant le fer et l'iode, je ne puis hésiter à accorder la préférence au premier. Il sera donc utile d'examiner en premier lieu la valeur de l'iode afin de pouvoir ensuite concentrer notre attention sur le remède le plus efficace; L'iode comme le fer agit de deux manières, selon le degré de concentration de la solution dont on se sert. Il peut être à la fois caustique et styptique, et la vertu styptique peut varier selon le degré de dilution. La liqueur d'iode de la Pharmacopée Britannique est caustique; mêlée avec un volume égal d'eau, sa causticité est minime, mais sa propriété

styptique est considérable. Si l'on touche avec cette solution une surface saignante on voit cette surface se teindre d'un brun foncé, se rétrécir et se sécher. Mais si les vaisseaux sont tant soit peu larges ou si les tissus sont relâchés, l'action hémostatique est souvent incomplète et passagère. Nous possédons, il est vrai, des observations authentiques où l'hémorrhagie s'est arrêtée après l'injection d'iode ou après le badigeonnage de la surface interne de l'utérus avec ce médicament. Mais dans ces observations il me semble presque certain que la fonction diastaltique existait toujours en activité, que l'effet aurait pu être accompli tout aussi bien par le froid ou la chaleur, et que l'iode pourrait être regardé comme un agent accidentel et plus ou moins superflu.

J'ai soumis l'iode et le fer à des épreuves cliniques des plus rigoureuses. Dans des cas d'hémorrhagie autrement incoërcibles j'ai d'abord injecté de l'eau chaude ; la perte persista, j'ai ensuite injecté une forte solution styptique d'iode, la perte persista néanmoins ; en dernier lieu j'ai injecté une forte solution de fer ; et la perte s'arrêta instantanément et définitivement.

S'il était constaté que l'iode et le fer sont également efficaces, la préférence devrait être donnée au moins dangereux.

Mais puisque l'iode fait défaut justement dans cette qualité essentielle d'efficacité, il n'y a plus de question de concurrence. Nous pourrons donc fixer notre attention exclusive sur la valeur du fer.

Les questions à déterminer sont : 1° Les conditions de la patiente d'après lesquelles le fer peut être employé avec avantage ; 2° la forme et la manière de l'appliquer ; 3° quels sont les dangers qui s'attachent à son usage ; 4° les moyens d'éviter ces dangers sans perdre son action hémostatique.

PREMIÈRE QUESTION : *Conditions d'après lesquelles le fer peut être employé avec avantage.* — Cette question est déjà résolue. Je tiens pour convenu que les femmes succombent à l'hémorrhagie en dépit de l'usage le plus assidu de ce qu'on appelle les « moyens ordinaires ». Il s'ensuit que nous serons justifiés, plus même que justifiés, en cherchant à prévenir la mort par

l'emploi de remèdes extraordinaires, quand même ces remèdes entraîneraient quelque danger spécial.

Choisir le juste moment pour recourir aux forces en réserve n'est pas toujours facile. J'ai déjà insisté sur ce fait qu'il arrive un moment où la fonction diastaltique est pour le coup épuisée; et que, ce moment arrivé, l'occasion de s'appuyer sur les remèdes qui trouvent leur efficacité dans cette fonction, est passée. Logiquement le temps est arrivé quand les remèdes qui agissent en vertu de propriétés qui persistent encore, sollicitent notre attention. La suspension de la fonction diastaltique révèle une position des plus critiques. La mort est imminente. Il peut bien arriver qu'un remède quelconque puisse être porté trop tard, et que le choc inséparable de l'action du remède puisse précipiter la mort. Cependant l'expérience de beaucoup d'observateurs accomplis et dignes de confiance démontre que l'usage raisonné du fer dans cette condition a été suivi de l'arrêt de l'hémorrhagie et que la femme a été sauvée. Mais il faut se demander si l'usage du fer doit être restreint à cette condition? La perte de la fonction diastaltique est souvent rapide. Lorsque la force diastallique est en branle, prête à s'évanouir le plus petit épanchement de sang peut précipiter la patiente dans une paralysie mortelle. L'occasion précieuse sera perdue. L'indication est donc claire d'anticiper sur cette suspension, et d'appeler à notre aide un remède efficace assez tôt pour qu'il puisse agir sous les meilleures conditions; Une de ces conditions, et des plus impératives, est que l'utérus soit vide quand la solution est introduite. Une autre, moins impérative, mais utile, est que l'utérus soit comprimé par la main à l'extérieur avec fermeté pendant l'introduction de la solution. C'est au défaut d'observer ces deux conditions que la non-réussite dans quelques cas doit être attribuée.

SECONDE QUESTION: *Quelle doit être la forme et la manière de l'application du fer?* — C'est une question de haut intérêt pratique. La solution doit être fortement styptique sans être caustique. Peut-on préciser la solution?

· Il faut qu'elle soit forte. Une faible solution ne peut posséder de valeur styptique, et la sûreté ne se trouve pas dans la faiblesse. Il est plus commode de porter le perchlorure de fer solide dans des bouteilles dont chacune contiendra une quantité notée; au moment de s'en servir on dissoudra le contenu d'une bouteille dans une certaine quantité d'eau.

La forme préparée, comment s'en servir?

D'abord, et pendant plusieurs années, j'introduisais la canule utérine de manière que le bout touchât le fond de l'utérus, et après avoir fait passer un courant d'eau tiède ou froide, dans le double but de chasser le sang ou les caillots qui pourraient s'y trouver, et de profiter d'un reste possible de faculté diastaltique, j'injectais doucement la solution ferrique. Une mort arriva.

C'était en consultation avec un très habile confrère qui avait déjà eu recours aux « moyens ordinaires » pour réprimer une hémorrhagie furieuse; la condition de la patiente était critique; il semblait que le peu de chance de sûreté qui lui restât, fut dans l'usage du fer. L'injection fut suivie promptement de douleurs intenses dans l'abdomen, de choc, de collapsus et de mort. Que la mort fût accélérée par l'injection, je ne puis en douter. Que la femme aurait été sauvée si l'injection n'avait pas été pratiquée, je doute fort? Mais cette question des dangers qui accompagnent l'emploi du fer sera traitée plus tard.

TROISIÈME QUESTION : *Quel sont les dangers qui s'attachent à l'usage des injections ferriques?* — Ces dangers peuvent-être rangés dans deux classes: c'est-à-dire les dangers communs à toute espèce d'injections utérines, et ceux qui sont propres aux injections ferriques.

Nous parlerons d'abord des dangers communs. Le premier est le *choc*. C'est le plus immédiat des dangers qui se rattachent aux injections de liquides dans l'utérus, et aux manœuvres nécessaires pour les exécuter. On sait que la simple introduction de la main dans l'utérus a été suivie de mort presque subite; on sait que des femmes sont mortes pendant l'empoignement de

l'utérus, de l'extérieur. Des femmes ont péri sous l'influence de l'injection d'eau froide.

Il faut avouer que dans l'état de profond abattement, du collapsus, actuel ou menaçant qui est la conséquence de l'hémorrhagie et qui donne l'indication pour le traitement, le moindre trouble physique ou moral peut amener quelque danger.

Si la définition admise du choc est: une impression écrasante qui paralyse le cœur en agissant sur les centres nerveux, il n'est pas facile de comprendre comment l'injection d'eau froide, qui d'elle-même est capable de précipiter la mort dans les conditions données, puisse être rendue plus dangereuse par l'addition de fer dans une proportion styptique:

Mais il y a d'autres formes de choc qui ne sont pas si simples. Par exemple, avec le liquide, de l'air peut être injecté dans l'utérus, et de là dans les veines; et si de l'air en quantité notable arrive jusqu'au cœur, en toute probabilité la mort est instantanée.

De cette manière la mort maintes fois a suivi l'injection intra-utérine d'eau, pratiquée sur l'utérus gravide, dans le dessein de provoquer l'accouchement.

Il se peut que ce fut de cette manière que la mort ait été causée par l'injection d'eau froide pour réprimer l'hémorrhagie.

Nous nous demandons si cet accident serait également ou plus probable avec une injection d'eau, plus une proportion styptique de fer? Il ne manque pas de raisons *à priori*, qui feraient croire qu'il serait moins probable. L'application styptique à l'intérieur de l'utérus en le ratatinant et en coagulant le sang, tend à fermer les bouches béantes des vaisseaux plus effectivement que ne peut l'eau simple; et ainsi elle oppose plus de difficulté à l'entrée de l'air. Sans toutefois nier la possibilité de cet accident avec les injections ferriques, il nous manque encore des faits prouvant qu'il est arrivé; et nous pouvons à juste titre conclure que ce n'est pas un accident qui constitue une objection solide.

Il y a encore une manière dans laquelle les injections peu-

vent causer le choc. Une partie du liquide est passé par les oviductes jusque dans le péritoine. Des observations ont été publiées et j'en ai vu plusieurs, dans lesquelles l'injection d'eau simple ou d'une faible solution de zinc dans le vagin hors de l'état de grossesse a déterminé un choc inquiétant. Dans quelques-unes, il a été constaté que le liquide pénétra dans la cavité utérine. De là il fut chassé par les oviductes, d'après un mécanisme que j'ai décrit ailleurs (1). L'utérus irrité par le liquide se contracte concentriquement sur le liquide renfermé qui, étant incompressible, cherche à s'échapper par les trois ouvertures ; s'il existe un obstacle au canal cervical, le liquide est porté vers les oviductes. Il est de plus probable que sous la compression violente et l'évasion difficile par les oviductes, une partie du liquide finit par pénétrer les tissus, et les vaisseaux même de l'utérus comme l'eau comprimée dans le globe d'or la fameuse expérience florentine. Les expérimentations de Matthéws Duncan avec la pression hydraulique sur le tissu utérin suggèrent cette hypothèse.

Or, puisque la solution ferrique doit irriter l'utérus plus fortement que l'eau pure, cet accident est plus probable quand on se sert de la solution.

Toujours il doit être rare ; et peut-être trouvera-t-on des moyens de l'éviter. Et il ne faut pas croire que le contact de fer en solution avec le péritoine doive nécessairement être nuisible.

Maintes fois, dans le but d'étancher le suintement de sang à la suite de la division des adhérences dans l'ovariotomie ai-je essuyé de larges surfaces de péritoine avec une forte solution ferrique, et cela sans autre effet que celui qu'on désirait.

Il faut donc chercher les preuves des dangers qui sont propres au fer dans des directions différentes.

Où sont ces preuves ?

Plusieurs fois la mort rapide et subite est survenue après une injection ferrique qu'on ne peut pas expliquer par l'hypothèse de choc ou par celle de l'entrée de l'air dans la circulation. La

---

(1) Barnes. *Maladies des femmes.*

mort subite a plusieurs fois suivi l'injection de quantités très minimes de solution ferrique dans des nœvi-materni situés sur la face ou le cou. Dans quelques cas il a été charrié directement jusque dans le ventricule droit du cœur où il fait coaguler le sang. Il sera noté que dans ces cas, deux conditions se trouvaient qui favorisent singulièrement le trajet du fer dans le cœur :

1° La proximité du vaisseau injecté avec le cœur ; le trajet est court et sans obtacle;

2° La force d'aspiration exercée par la poitrine.

Les conditions dans lesquelles on emploie les injections intra-utérines sont infiniment moins favorables à l'invasion du cœur, soit par l'air, soit par les liquides.

Lors même que l'utérus se trouve absolument inerte, les sinus disposés en couches et partout interrompus par des brides musculaires ne présentent pas un chemin direct ou libre vers le cœur ; et la moindre contraction musculaire oppose une barrière effective. Et la force d'aspiration quoiqu'elle puisse exister à un faible degré dans quelques cas ne peut guère être si active que dans le cas des veines de la face ou du cou. Poiseuille nie absolument l'aspiration abdominale.

Pour moi, me fondant sur des observations cliniques, il n'y a pas de doute qu'il n'y ait dans quelques cas une force d'aspiration jusqu'à la cavité de l'utérus. Au-delà de cette cavité je suis disposé à accepter la négation de Poiseuille.

Mais il faut admettre que le fer peut entrer dans les veines ou sinus de l'utérus. Il y a été trouvé. C'est donc un danger réel. Partout où le fer vient en contact avec le sang, il le coagule. Si la surface interne de l'utérus est passablement ridée, les caillots qui y sont ainsi formés sont limités à la surface et aident même à fermer les vaisseaux contre l'entrée ou la marche du fer dans la circulation. Et tout à l'heure lorsque la contractilité de l'utérus se ranime; les caillots obturateurs sont exprimés dans la cavité utérine, comme il en est des caillots simples qui s'y forment lorsque le fer n'est pas employé.

Mais on ne peut pas contester que le fer puisse avancer plus

loin dans les vaisseaux, ni que les caillots puissent se former dans les sinus utérins. Les caillots ainsi formés pourront se dissocier en se décomposant, des petites embolies pourront en résulter. Ces embolies charriées vers le cou pourront être portées dans les artères pulmonaires ou cérébrales, et causer la mort subite. Je ne me rappelle pas cependant qu'une catastrophe ait été constatée. Le seul cas dans lequel ce processus ait été supposé, est le cas décrit par le Dr Atthill, et ce clinicien distingué affirme que la femme était moribonde au moment de l'injection. Et encore, quoiqu'on puisse comprendre comment le fer porté dans les veines iliaques et la veine cave ait pu faire coaguler le sang dans sa route, il n'est pas aisé de comprendre comment le fer pourrait donner raison de la thrombose dans le système veineux entier, y compris nécessairement des veines que le fer ne pouvait avoir atteintes. La supposition que la thrombose, dans ce cas, se fit après la mort est probablement exacte.

Le Dr Atthill, pour sa part, continue de se fier aux injections ferriques dans les pertes considérables. Le Dr More Madden, raconte que dans le seul cas mortel, entre seize, où il s'était servi du fer, la mort arriva subitement, selon toute apparence, par suite d'embolie, le troisième jour après la parturition. Et raisonne-t-il : « Si la mort pût être reprochée au perchlorure de fer ou non, est discutable. La mort subite par l'embolie, peu de temps après la parturition n'est pas observée exclusivement après les injections ferriques ; et cet accident est spécialement à craindre précisément quand la circulation est affaiblie par l'hémorrhagie. J'ai publié trois observations où l'on ne s'était pas servi du fer. » (*Brit. med. journal* 1880.)

Les caillots retenus en partie dans les sinus utérins peuvent se décomposer à l'endroit où ils sont exposés au contact de l'air, et des liquides putrescents se produisent dans la cavité utérine. De cette manière la septicémie peut survenir. Il est certain que le premier effet qu'exerce le fer sur le sang est de le faire coaguler. Une propriété secondaire du fer est qu'il est antiseptique. Mais cette influence n'est pas durable. Tous ceux qui ont injecté du fer

dans la matrice savent que les écoulements prennent une mauvaise odeur. Cependant le Dr Connet (*Edimb. med. Journal.*, vol, XX) a démontré par des expérimentations que les caillots produits par l'action du fer restent spécialement aseptiques ; et qu'ils résistent à la putréfaction pendant un temps considérable. Pour ma part, je ne serai pas disposé à faire l'application clinique, que ce résultat expérimental semblerait justifier. Mais je n'en suis pas moins persuadé que le danger de la septicémie a été exagéré, et que des accidents qui lui ont été attribués pourraient s'expliquer par d'autres hypothèses. Et il sera démontré plus loin que ce danger peut être, pour la plupart, sinon tout à fait, évité par des mesures convenables.

Tout d'abord il faut se rappeler que l'hémorrhagie dispose fortement à la septicémie. Et quand, à ces causes prédiposantes vient s'ajouter l'hémorrhagie, la probabilité de la septicémie sera énormément rehaussée. Les conditions qui prédisposent à l'hémorrhagie, comme la faiblesse, l'albuminurie, le relâchement de l'utérus, prédisposent à la septicémie. La formation de matières septiques dans l'utérus est favorisée, et l'absorption est beaucoup activée. C'est ainsi que la septicémie est tellement fréquente à la suite d'hémorrhagies traitées selon les « méthodes ordinaires » et dont les injections ferriques ne prenaient aucune part.

Il ne serait pas raisonnable d'attendre que l'emploi des injections ferriques servirait à excluer ce danger en entier, mais cependant des morts survenues par la septicémie à la suite de ce traitement, lui ont été reprochées, comme si la septicémie lui était quelque chose de spécial. La vraie question à poser est : la septicémie suit-elle les injections ferriques plus souvent qu'elle ne suit les hémorrhagies sévères traitées par d'autres moyens ? Et encore, une réponse affirmative n'entraînera pas la condamnation absolue du fer. Pour la plupart, le fer a été employé dans des conditions tellement graves que les autres moyens avaient déjà échoué, et où la présomption était bien fondée que la mort était prochaine. Il est raisonnable de croire que dans plusieurs de ces cas le premier effet du fer a été d'arracher la

femme à la mort. N'est-ce pas de notre devoir dans des situations autrement sans espoir de nous servir d'un remède qui peut faire autant, gardant toujours l'espoir que les dangers qui ne font encore que menacer pourront être échappés ?

Les cas dans lesquels la mort a suivi les injections ferriques intra-utérines ont été soumis à une analyse rigoureuse par le Dr Pollard (*Brit. med. journ.* 1880). Les conclusions auxquelles il est arrivé confirment celles que j'ai posées ci-dessus. Elles se résument dans ces propositions. Les dangers qui tiennent à l'hémorrhagie sont : ou la mort prompte, ou la maladie consécutive ; dangers réels et assez fréquents ; lorsque l'hémorrhagie est traitée par les injections ferriques, les mêmes dangers sont à redouter, mais ils arrivent plus rarement, tandis que les dangers propres aux injections sont excessivement rares.

Je parle pas ici de la transfusion qui a donné des résultats brillants. Ce moyen appartient plutôt au traitement restauratif. Il n'y a qu'à dire que l'arrêt de l'hemorrhagie doit précéder la transfusion.

QUATRIÈME QUESTION : *Les moyens d'éviter les dangers qui accompagnent l'emploi du fer à l'intérieur de l'utérus.*

Il sera utile de prendre successivement les dangers que nous venons de décrire, et de chercher comment chacun pourra être évité ou réduit au minimum.

1° *Pour diminuer le choc.* — Les manœuvres nécessaires doivent-être aussi douces que possible. Un courant d'eau à 40° C, sera d'abord lentement poussé dans l'utérus pour en faire sortir sang et caillots.

Ensuite l'utérus étant bien comprimé par la main d'un aide dans le but de réduire son volume et sa superficie intérieure, on y fera couler lentement à peu près un décilitre de la solution ferrique à la température de 27° C. Il faut s'assurer que le canal cervical librement ouvert de manière que le liquide introduit puisse facilement s'échapper.

Régle générale : un canal cervical grandement ouvert diminue tous les dangers des injections.

Pour réduire le danger de l'entrée de l'air dans les veines, l'utérus sera comprimé comme il a été dit ;

2° On prendra la précaution de chasser tout l'air de l'instrument à injection avant de passer l'extrémité utérine dans l'utérus ;

3° L'instrument sera glissé dans l'utérus tout doucement, guidé simplement du doigt indicateur, en évitant surtout d'ouvrir le col avec la main.

Pour réduire le danger de pousser une partie du liquide à travers les oviductes, les précautions sur lesquelles on a déjà insisté seront la meilleure garantie.

Pour s'opposer au danger plus sérieux de l'entrée du fer dans la circulation, et ainsi de la thrombose veineuse et cardiaque, les précautions précédentes seront encore les plus efficaces. Si l'utérus est fortement comprimé pendant l'injection, toute la force d'aspiration est éliminée, et les vaisseaux comprimés seront moins perméables.

Ces précautions prises, le danger est presque nul.

Pour rencontrer les dangers qui peuvent surgir des embolies résultant de la décomposition de caillots formés dans les sinus utérins, les précautions déjà citées seront utiles. Mais il faut en plus maintenir une compression ferme sur le fond de l'utérus à l'aide d'un bandage et pratiquer l'injection sous-cutanée d'ergotine de bonne heure après l'accouchement ; il faut administrer en potion ou par injection de la quinine et du seigle ergoté trois fois par jour pendant au moins quinze jours. (Il y a longtemps qne j'ai suivi cette méthode dans tous les cas d'accouchement, que le fer ait été employé ou non). Enfin on mettra le plus grand soin à bien nourrir la patiente.

Pour s'opposer au danger de la septicémie, qu'elle arrive de la décomposition des caillots dans les vaisseaux utérins ou dans la cavité de l'utérus, il faut, outre les précautions indiquées soigneusement, nettoyer la cavité utérine une ou deux fois par jour dès le premier jour avec un demi-litre d'eau phéniquée.

En observant scrupuleusement ces moyens nous serons à même d'espérer que les dangers seront réduits à tel point qu'il ne restera plus rien à redouter, sinon les suites inséparables de l'hémorrhagie.

Depuis le cas de mort raconté plus haut j'ai essayé des méthodes différentes afin de porter la solution ferrique en contact avec la surface interne de l'utérus sans me servir d'aucune force d'injection. J'ai fait faire de larges tuyaux en vulcanite percés de larges ouvertures à l'extrémité; dans cette extrémité je fourrais des morceaux d'éponge imbibés avec la solution, et quand l'appareil était en place, la solution était chassée à l'aide d'une tige de piston. De cette façon le fer était porté au contact de la surface utérine, et cela si doucement que tout choc était évité.

Mais ce moyen est moins commode que l'injection.

J'en suis arrivé à la conclusion que l'injection d'un courant faible de la solution ferrique est le moyen à la fois le plus efficace et le plus sûr.

CLINIQUE DES MALADIES DES FEMMES.

Par le Dr Th. Gallard,
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

LEÇON D'OUVERTURE.

Recueillie et rédigée par Ad. Olivier, interne des hôpitaux.

Messieurs,

Il n'est pas possible de s'occuper de la physiologie et de la pathologie de la femme sans avoir constamment présent à l'esprit ce mot si profond et si vrai de van Helmont : « *Propter solum uterum mulier est id quod est,* » non pas qu'il faille l'envisager dans son sens littéral ; mais parce que, dans son acception la plus large et en l'appliquant à l'ensemble du système génital interne, il résume indépendamment de tout ce que l'antiquité avait, depuis les temps hippocratiques appris, par la tradition au XVIIe siècle, tout ce que ce siècle plus éclairé et les suivants ont pu permettre de recueillir de notions véritablement scientifiques sur l'organisation de la femme. Et si, aujourd'hui, plus instruits que nos devanciers, nous pouvons pénétrer plus avant dans l'étude de cette organisation, nous sommes cependant toujours obligés de reconnaître que le mot de van Helmont est encore et restera éternellement vrai, à la seule condition de rapporter à l'ovaire ce qu'il dit de l'utérus.

I. — Les faits qui nous permettent d'attribuer maintenant à l'ovaire l'influence prépondérante qui lui appartient n'étaient pas connus avant la fin du XVIIe siècle. Ils nous ont été révélés d'abord par les travaux de Jean de Horne, Regnier de Graaf, Swammerdam, Kerckring, complétés deux cents ans plus tard par ceux de Pow, Gerwood, Négrier, Pouchet, Bischoff, etc. (1) :

(1) Voir l'étude historique qui sert d'introduction à mes *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, 2e édition, p. 38 et suiv.

les premiers confirmant cette conception du génie de Harvey : « *Omme animal ex ovo* », et démontrant la présence de l'œuf humain dans l'organe qu'on avait jusque-là si improprement appelé le *testicule de la femme ;* les derniers suivant cet œuf dans son évolution, nous faisant assister à sa ponte et établissant comme l'avait prévu Béclard, la corrélation intime qui existe entre cette ponte périodique et spontanée et le fait même de la conception.

Ces notions, récemment acquises, d'anatomie et de physiologie, sont destinées à éclairer d'un jour tout nouveau la pathologie des organes auxquels elles se rapportent et nous assistons à la transformation qui doit en être la conséquence. Je suis convaincu, pour ma part, que la clinique n'a pas encore dit son dernier mot à son sujet, et qu'il lui reste beaucoup à faire pour mettre à profit tous les renseignements qu'elle peut tirer de la physiologie bien comprise et judicieusement interprétée.

Ceux qui ont suivi mes leçons ou qui ont pris connaissance de mes écrits savent combien je me suis toujours efforcé de chercher à éclairer l'une par l'autre la physiologie et la pathologie dans l'étude de ces délicates et difficiles questions ; et vous trouverez dans les *Bulletins de la Société anatomique* de 1854 à 1860 la trace des premiers essais que j'ai entrepris dans cette direction, lorsque j'ai commencé mes recherches sur la pathogénie des hématocèles péri-utérines. Je n'ai donc plus à faire de profession de foi à cet égard, et ce n'est pas au moment où j'entreprends de continuer à l'Hôtel-Dieu l'enseignement que j'ai inauguré il y a dix-huit ans à la Pitié, que je pourrais songer à rien changer aux principes que j'ai suivis jusqu'à ce jour. J'y suis d'autant moins enclin que, au lieu de m'éloigner de ces études spéciales, qui ont été la prédilection de toute ma vie, je me suis résolu, en entrant dans cet hôpital, ou doit se terminer ma carrière médicale, à les poursuivre avec d'autant plus d'attention et de soin que je m'en suis peut-être trop souvent laissé distraire par d'autres travaux intéressants sans doute, mais qui ont eu le tort de me prendre parfois plus de temps que je n'aurais dû leur en consacrer. Je dois donc

me décider à mettre ces autres travaux sur le second plan, pour pouvoir mener à bonne fin ceux que j'ai entrepris, sur les maladies des femmes, et qui péricliteraient faute du temps nécessaire pour les terminer.— Dans le nombre, il en est qui ne se rapportent pas à l'ovaire, mais ce sont ces derniers, je dois bien vous en faire l'aveu, qui ont pour moi le plus d'intérêt et de charme, parce que c'est là le terrain le moins exploré, celui par conséquent sur lequel on a le plus de chances de faire d'importantes découvertes, aussi bien au point de vue physiologique qu'au point de vue pathologique. Car, si loin que nous soyons allés pour expliquer le mécanisme de la génération, il nous reste encore bien des inconnus à dégager pour nous rendre exactement compte de la façon dont s'accomplit l'acte si mystérieux et si important de la fécondation qui assure le renouvellement et la perpétuité de l'espèce. Il n'est pas douteux que si la physiologie éclaire presque toujours la pathologie, la réciproque est souvent vraie, et que dans le cas particulier dont nous nous occupons, les déviations morbides du travail physiologique peuvent permettre de reconnaître dans quelles conditions et de quelle manière ce travail doit s'accomplir à l'état normal. Or, comme c'est principalement dans l'ovaire que s'opère ce travail, c'est là surtout que nous devons aller l'étudier. C'est pourquoi les maladies de l'ovaire, si négligées autrefois, alors que l'attention des pathologistes était presque exclusivement concentrée sur l'utérus, sont maintenant l'objet de recherches approfondies de la part du plus grand nombre des auteurs contemporains.

II.—Au premier rang des pathologistes qui sont entrés le plus résolument, et, il faut bien le dire, le plus fructueusement dans cette voie, il convient de citer un auteur anglais, le docteur Tilt, de Londres (1), que nous pouvons bien un peu revendi-

---

(1) *Sur les progrès de la pathologie pendant les vingt-cinq dernières années.* Traduit de l'anglais par Danlos. (*Annales de gynécologie*, t, I, et II, 1874.)

quer pour l'Ecole de Paris, où il a pris son diplôme de docteur, ainsi, du reste, que son compatriote et son émule M. Bennet qui a été un des premiers à importer en Angleterre le goût des études gynécologiques. Les premiers travaux de M. Tilt, sur la pathologie ovarienne datent de 1848 et de 1850; ils n'ont donc été précédés que par ceux de Négrier et de Chereau, et il les a suivis depuis avec une persévérance qui lui a permis de les compléter d'année en année, si bien qu'en prenant, en 1874, la présidence de la *Société d'obstétrique de Londres*, cet auteur a pu revendiquer légitimement la part qui lui revient dans les progrès que cette partie de la science a réalisés pendant un quart de siècle.

Ces progrès, il les a résumés dans les propositions suivantes :

« I. — La fréquence reconnue des lésions inflammatoires de l'ovaire et des tissus adjacents a une importance pratique beaucoup plus grande qu'on ne le croit généralement.

« II. — De toutes les lésions inflammatoires de l'ovaire, celles qui entraînent la destruction complète de l'organe sont très rares, tandis que les plus nombreuses, et partant les plus importantes, se rattachent à une maladie que l'on peut appeler ovarite subaiguë ou chronique.

« III. — Règle générale, les maladies pelviennes chez la femme dérivent d'un trouble de l'ovulation.

« IV. — L'ovulation morbide est la cause la plus fréquente d'ovarite.

« V. — La pelvi-péritonite dépend habituellement de l'ovarite.

« VI. — Du sang tombe fréquemment de l'ovaire ou de l'oviducte dans la cavité pelvienne.

« VII. — Une ovarite subaiguë cause et entretient souvent la métrite.

« VIII. — L'ovarite subaiguë entraîne souvent des troubles variés et importants de la menstruation.

« IX. — Certaines tumeurs chroniques de l'ovaire peuvent être considérées comme des déviations de la structure normale des vésicules de de Graaf. »

III. — Nous aurons par la suite de nombreuses occasions de dire ce qu'il convient de penser de chacune de ces neuf propositions dont plusieurs sont de véritables aphorismes résumant de la façon la plus nette et la plus précise des vérités scientifiques incontestables et incontestées. Elles confirment ce que je vous disais il y a un instant que l'influence exercée par l'ovaire sur l'ensemble du système génital de la femme est tout aussi importante au point de vue pathologique qu'au point de vue physiologique. C'est ce que vous ne devrez jamais oublier, en vous pénétrant bien de cette vérité pour ainsi dire fondamentale, que si l'ensemble de l'organisation de la femme est essentiellement dominé par son système génital, ce dernier est dominé lui-même par l'ovaire, organe absolument prépondérant qui tient tous les autres sous sa dépendance et dont la parfaite intégrité est indispensable pour assurer le bon fonctionnement de tout le système.

C'est bien là véritablement le centre d'où émergent et vers lequel aboutissent toutes les sensations et dont les plus légères modifications retentissent profondément sur tout le reste de l'organisme. Or, ces modifications sont fréquentes et manifestes; elles se reproduisent périodiquement tous les mois par suite du travail physiologique de l'ovulation qui, au moment de la ponte spontanée, ébranle tellement la santé de la femme que si elle n'est pas encore une *blessée*, comme le disait Michelet, elle peut bien être considérée comme une *malade* ou tout au moins comme une *valétudinaire*. Cet état qui dure 5 ou 6 jours sur 30 (au moins un sixième de la vie) qui est plus sérieux encore pendant toute la durée de la gestation et surtout après l'accouchement, se reproduit au même titre quoique à un moindre degré lorsque l'ovaire est impressionné par une influence quelconque, pathologique ou simplement passionnelle suffisante pour attirer vers lui, en même temps ou séparément, l'influx nerveux et l'afflux sanguin.

IV. — Ces sensations auxquelles nulle femme n'échappe et qui l'impressionnent d'autant plus vivement qu'elle est plus chaste

et plus réservée, sont la véritable cause de toutes les irrégularités qui constituent le fond de son caractère. La rapidité avec laquelle elles peuvent se succéder nous explique pourquoi ce caractère, qui est si impressionnable, est en même temps si mobile, pourquoi chez la femme le sentiment l'emporte toujours sur le raisonnement. C'est là ce qui la distingue essentiellement de l'homme et ce qui fait, malgré les revendications bruyantes soulevées à ce sujet, que si elle peut être considérée comme ayant les mêmes droits, il ne lui serait jamais possible de remplir les mêmes devoirs.

De cette différence, si manifeste, qui ressort de l'organisation même de l'homme et de la femme, je me garderai bien de conclure à l'infériorité de cette dernière. Tout ce qu'on peut dire, c'est que son rôle dans la société n'est pas et ne pourra jamais être le même que celui de l'homme. Je ne parle pas seulement de la gracilité de ses formes et de sa faiblesse relative, qui la font exclure des rudes travaux corporels, mais j'ai surtout en vue, en ce moment, cette impressionnalité nerveuse, ayant le plus souvent un caractère maladif, qui rend la femme absolument impropre à l'administration des affaires, pour lesquelles il faut outre l'intelligence qui ne lui manque pas, du raisonnement, de la suite, de la fermeté et surtout de la maturité dans les idées qui ne sont pas compatibles avec ces mouvements d'enthousiasme ou de répulsion, ces sympathies et ces antipathies aussi vives que fugaces dont la femme la mieux douée est presque toujours incapable de se défendre.

Qu'elle renonce donc à une action directe sur les affaires publiques, mais qu'elle sache comprendre combien elle peut et doit en exercer indirectement une bien plus grande que celle qu'elle pourrait jamais légalement obtenir, et cela par l'influence que lui donnent sa double qualité d'épouse et de mère. Cette influence, qui ne paraît pas dépasser les limites du foyer domestique, peut rayonner bien au delà lorsqu'elle est mise au service d'une intelligence élevée; elle doit avoir surtout pour point de départ l'éducation des enfants dont il appartient à une mère instruite et dévouée de savoir faire des hommes. Cela ne

vaut-il pas mieux pour elle que de songer à prendre leur place !

Que la femme sache donc garder la sienne, au sein de la famille, où elle est entourée de l'affection et de l'amour dont elle a tant besoin; près de ce foyer domestique où elle règne en souveraine et dont sa santé, si facile à ébranler, ne lui permet pas de s'éloigner. Là elle pourra s'abandonner sans crainte à toutes ses sensations, et celles dont la bizarrerie ne manquerait pas de la compromettre, si elle s'était égarée dans un autre milieu, lui seront toujours pardonnées.

V. — Je ne m'étendrai pas à ce propos dans des développements qui m'entraîneraient trop loin de mon sujet; ce que je viens de dire suffit pour vous avoir fait comprendre combien sont importantes et dignes d'intérêt toutes les questions qui s'y rattachent et vous montrer à quelles considérations élevées peut conduire l'étude de l'ovaire, organe tenant anatomiquement si peu de place.

Nous ne pouvons nous rendre exactement compte de l'influence qu'il peut exercer à l'état pathologique qu'à la condition de le bien connaître à l'état physiologique et normal, de ne rien ignorer de ses rapports et de sa structure, et surtout d'avoir assisté aux diverses modifications qui se passent en lui, à l'état sain, afin d'être à même de pouvoir déterminer où cesse cet état sain, où commence l'état pathologique. Il est donc indispensable que je vous arrête un instant sur l'anatomie et la physiologie des ovaires.

Mais auparavant, je veux profiter de l'occasion qui m'est offerte par un fait que vous avez pu observer ces jours-ci avec moi et qui vous prouvera combien j'ai raison d'attribuer à l'ovaire la prééminence sur tout le système génital de la femme.

VI. Vous venez de voir en effet une jeune fille de 29 ans qui n'a pas d'utérus et qui cependant est bien femme dans toute l'acception du mot, trop femme même à en juger par les impressions qu'elle reçoit et cela parce que tout en étant privée d'utérus, elle a des ovaires sur l'existence et la parfaite organi-

sation desquels nous ne pouvons conserver aucun doute, ainsi que vous allez pouvoir en juger par le détail de son observation.

Le 22 septembre dernier, la nommée Dem..., née dans les Vosges, se présentait à ma consultation. Ainsi que vous avez pu le constater, elle est petite, mais bien conformée; le bassin est large; les fémurs ont la courbure ordinaire chez la femme, ses seins sont assez développés; la vulve est normale, le pubis couvert de poils. Rien ne lui manque extérieurement pour constituer une femme. Lorsqu'elle est venue nous voir, il y a 2 mois, elle se plaignait de douleurs lombaires avec sensation de plénitude dans le petit bassin. Je pratiquai alors l'examen des organes génitaux et voici ce que je constatai : Le doigt introduit dans l'orifice vaginal est presque immédiatement arrêté, il se trouve dans un cul de-sac infranchissable. Remarquant alors que l'orifice de l'urèthre était assez large, j'y introduisis une sonde, puis mon doigt. Je fis alors pénétrer un autre doigt dans le rectum et je pus nettement constater qu'une mince lame de tissu séparait seulement mes deux doigts. Il n'y avait donc pas de vagin se continuant avec le cul-de-sac, pas d'utérus. Mais a-t-elle des ovaires? J'en suis convaincu. On ne les sent ni par le palper, ni par le toucher, mais vous le savez, lorsqu'ils sont sains, on ne peut les trouver. Ont-ils révélé leur présence? Oui, ainsi que le prouve l'histoire que notre jeune fille nous a racontée. Vers l'âge de 15 ans, au moment de la puberté, elle éprouva des troubles, des malaises, elle eut des hémorrhagies. A 15 ans, la peau se couvrit de purpura qui dura deux jours, puis disparut pour être remplacé par des épistaxis. L'épistaxis arrivait à un moment donné, se montrait deux nuits de suite et ne reparaissait plus qu'un mois après et ainsi de suite. Une fois, dit-elle, elle eut grand froid, l'épistaxis ne parut pas mais fut remplacée par un écoulement de sang assez abondant par l'oreille gauche. Cela dura ainsi pendant six mois, puis les hémorrhagies nasales ne revinrent plus qu'irrégulièrement.

A l'âge de 27 ans, en 1879, au mois d'août, elle ressentit des

douleurs lombaires assez vives s'irradiant vers le petit bassin. Elle alla consulter un médecin qui l'examina au spéculum et lui fit grand mal. Le soir, elle observa un léger écoulement de sang par la vulve. Au mois de novembre de la même année, nouvelles douleurs lombaires, nouvel écoulement par l'orifice vaginal, mais fort peu abondant. Au mois de février 1880, les douleurs reparaissent dans les lombes, s'accompagnant de difficulté d'uriner et de cuisson ; puis un petit écoulement de sang se fait par la vulve, il dure deux jours et tout disparaît jusqu'au 7 septembre 1881, où ces phénomènes se reproduisent.

Ces écoulements sanguins peuvent-ils être considérés comme des règles? Les auteurs se sont partagés et ne donnent pas tous la même origine aux règles, mais il est certain que la muqueuse vaginale peut fournir une partie du sang menstrué.

Les uns en effet, s'appuyant sur ce que lorsque l'utérus est hors des voies génitales, dans le cas de prolapsus utérin, par exemple, on peut voir sortir le sang menstruel par l'orifice du col, admettent, que le sang vient exclusivement de l'utérus. C'est là l'opinion généralement admise ; les autres pensent que toute la muqueuse des voies génitales prend part à la production de l'écoulement sanguin. Notre jeune fille serait un exemple montrant que la muqueuse vaginale se congestionne au même titre que la muqueuse utérine, et qu'elle peut fournir une certaine quantité de sang menstruel.

VII. — Ces signes suffisent-ils pour dire que cette jeune fille a des ovaires ? J'y suis autorisé par la pièce que voici et qui, j'en suis sûr, est la reproduction exacte de l'état des organes de notre sujet. Cette pièce nous montre en effet une vulve bien conformée présentant une ouverture dans laquelle le doigt peut pénétrer ; (fig. I et II) mais il est arrêté à 4 centimètres. Ce cul-de-sac est infundibuliforme et présente sur sa paroi supérieure l'orifice de l'urèthre qui a été attiré en arrière et refoulé. Cette pièce provient d'une femme de 60 ans, morte dans mon service de cirrhose hépatique, qui avait été mariée deux fois. En arrière du pubis, on trouve la vessie recouverte par le péritoine, puis,

plus en arrière, le rectum. Une simple lame de tissu, épaisse de 2 à 3 millimètres, sépare ces deux organes. Si on examine la lame de péritoine qui recouvre la vessie, on aperçoit à sa partie moyenne un cordon fibro-musculaire F, qui se prolonge vers les parois latérales du bassin. Ce cordon se divise, de chaque côté, en un point, en deux cordons qui se portent en dehors; l'un d'eux est creux et se termine par un pavillon bien conformé, I : c'est la trompe de Fallope; l'autre aboutit à un ovaire de volume moyen D.



Fig. I.

Le gauche est un peu moins gros, l'examen histologique de ces ovaires a été fait, mais après plusieurs années de séjour dans l'alcool : on ne trouva pas d'ovules. Et cependant ils étaient couverts de cicatrices, et sur les parties voisines du péritoine on observait des plaques épaisses, indices d'un travail phlegmasique dû, très certainement, à la chute d'ovules et de sang. Chez notre jeune fille on trouvera la même chose si on fait un jour son autopsie.

Notre jeune fille a le plus vif désir de se marier; elle nous avoue même que c'est pour cela qu'elle vient nous consulter. Ne se sentant pas conformée comme les autres, elle hésite, malgré ses désirs, à accepter la main de celui qui la demande

en mariage et elle vient nous supplier de la mettre à même de pouvoir se marier. Pouvons-nous lui venir en aide?

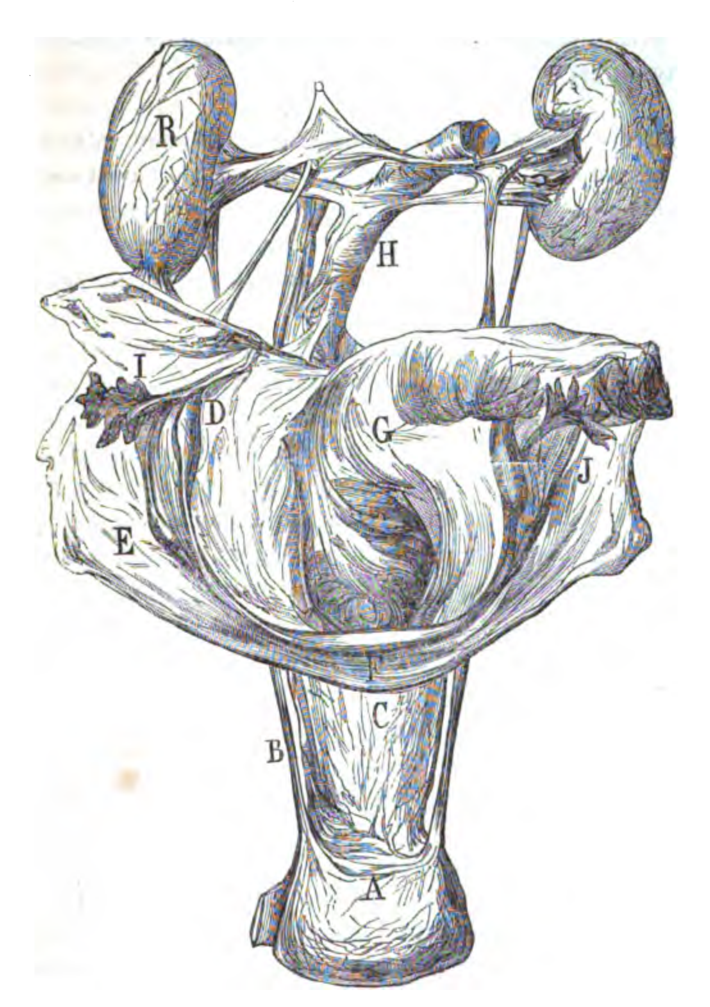


Fig. 11.

Non, nous ne pouvons rien pour elle. Si on voulait faire quelque chose, creuser un canal à travers cette mince lame de tissu cellulaire qui sépare la vessie du rectum; on la tuerait.

Il y a des cas analogues. Richet (1), en 1872, fit une leçon sur un cas pareil et conclut à la non intervention.

Lallement et Lebert (2), de Nancy, en 1874, furent aussi de cet avis. Il des cas cependant où il est possible de faire quelque chose : c'est lorsque l'utérus existe.

VIII. — Il y a quelques années, le Dr Hemey m'adressait un cas pareil. Un chirurgien des hôpitaux qui l'avait vu avait déclaré qu'il n'y avait rien à faire. Après un examen attentif, je ne fus pas de son avis; j'étais certain d'avoir senti un utérus, petit, il est vrai. Je résolus donc d'essayer de faire un vagin.

Un de mes collègues de la Pitié voulut bien se charger de l'opérer. Ai-je besoin de vous dire avec quelle habileté, avec quelle sagesse, avec quelle prudence cette opération fut conduite? Elle fut faite en plusieurs séances en employant autant la spatule et les doigts que le bistouri. On arriva ainsi à creuser peu à peu un canal qu'on maintenait béant au moyen de mèches de charpie. Après de nombreuses séances, on arriva non loin de l'utérus, mais, là, la lame de tissu était si mince qu'on pouvait craindre d'ouvrir soit la vessie, soit le péritoine. On s'arrêta et la malade fatiguée de ce long traitement nous quitta. Un an après, elle entrait dans le service de M. Le Fort et lui demandait d'achever l'opération commencée. Après avoir hésité quelque temps sur le moyen le plus propre à arriver au résultat désiré, reconnaissant tout le danger de l'emploi du bistouri, M. Le Fort résolut de s'adresser à l'électricité. Il employa des courants continus, si faibles que la malade n'eut pas conscience du passage de l'électricité, mais qui eurent cependant pour résultat d'amener de petites eschares, à cause de la précaution qu'on prit de laisser le réophore métallique, non recouvert

(1) Richet. *Leçon de clinique chirurgicale faite à l'Hôtel-Dieu* (*Union médicale*, 1872, p. 4 et 13).

(2) Lallement et Lebert. *Observation d'absence congénitale du vagin et de l'uterus*, lue à la Société de médecine de Nancy, le 23 mai 1874.

d'un linge mouillé en contact immédiat avec les tissus. En faisant cheminer le rhéophore à travers la cloison vésico-rectale, il finit par creuser un conduit. Le réophore qui était introduit dans le vagin se composait d'un cône de bois portant à son extrémité une partie métallique destinée à s'appliquer contre le tissu à détruire. M. Lefort recommença à plusieurs reprises cette petite opération et il fut assez heureux pour arriver sans accidents jusque sur l'utérus. Il assista à l'apparition d'une époque menstruelle, dont le sang s'écoula par le canal qu'il avait creusé. Malheureusement cet excellent résultat ne se maintint pas, parce que la malade ayant négligé, malgré les conseils qui lui avaient été donnés, d'entretenir le degré de dilatation acquis, le tissu cicatriciel revint peu à peu sur lui-même et détruisit ce qu'on avait eu tant de peine à obtenir.

Les cas semblables à celui de notre jeune fille sont rares, heureusement, et cependant j'ai déjà eu l'occasion d'en observer plusieurs. Il y a quelques temps encore, j'ai vu une jeune personne de 24 ans qui m'avait été adressée par mon collègue M. Polaillon, et qui avait déjà été examinée par un honorable et savant praticien d'une grande ville de province. Elle n'a jamais été réglée et n'a jamais éprouvé la sensation d'un molimen menstruel quelconque; cependant elle a extérieurement tous les attributs du sexe féminin, des seins superbes, un bassin bien développé, une vulve parfaitement conformée; cette vulve est, sous l'influence de certaines excitations, mouillée par un liquide qui ne laisse aucune trace sur le linge et qui est certainement sécrété par la glande vulvo-vaginale. Mais elle n'a ni vagin, ni utérus, ainsi que j'ai pu m'en assurer par un examen méthodique très attentif; ce qui ne m'empêche pas de me croire parfaitement autorisé à affirmer qu'elle est femme et qu'elle a des ovaires, quoique je n'aie pas pu sentir ces organes et en constater la présence *de tactu*. Dans ce cas, aucune intervention n'était possible.

De la comparaison de ces cas il résulte que la conduite à

tenir est absolument différente suivant qu'il y a ou qu'il n'y a pas d'utérus.

IX. — Quelle est dans la société la place d'un être comme cette jeune fille ? Si la femme est encore célibataire il faut lui conseiller l'abstention du mariage et on lui fera facilement comprendre l'impossibilité de contracter une union sérieuse; mais que faire lorsqu'on est en présence d'une femme qui, dans son ignorance, a contracté un mariage, et n'a reconnu son infirmité qu'à l'inutilité des efforts tentés par son mari ?

Il est certainement pénible de se refuser à toute intervention en présence d'une malheureuse femme qui, après avoir acquis la douloureuse certitude qu'il lui est impossible de devenir mère, conserve encore l'espoir, absolument légitime, de rester épouse, et demande que à l'aide d'un artifice quelconque on lui facilite le moyen d'accomplir au moins une partie de ses devoirs conjugaux. C'est dans un cas de ce genre qu'Huguier crut pouvoir intervenir. La femme qui était une grande dame étrangère, éperdument amoureuse de son mari, qui se désespérait à l'idée qu'il pût offrir à d'autres les caresses qu'elle était incapable de recevoir, et qui enfin redoutait une répudiation, vainquit à force de supplications les répugnances d'Huguier. Celui-ci ayant remarqué que l'orifice de l'urèthre était assez largement dilaté résolut d'élargir tout le canal de l'urèthre au risque de créer une incontinence d'urine. Après avoir prévenu la dame de ce qui la menaçait, il procéda lentement à cette dilatation et réussit à agrandir le canal de façon à pouvoir y faire entrer deux doigts et cela sans produire d'incontinence. Il me paraît douteux que cette manière de procéder puisse être érigée en règle de conduite. Et on se demande alors ce que pourra devenir une malheureuse créature ainsi conformée à côté de l'époux vers lequel l'attirera peut-être une passion d'autant plus vive qu'elle ne peut pas être assouvie.

X. — Il n'y a qu'un seul remède à cette situation, c'est le di-

vorce. Ce sont des cas de ce genre qui en montrent bien la nécessité; le divorce seul est moral. Le divorce, dis-je, est le seul remède, et cependant tel n'a pas été l'avis de la justice, puisque, dans une affaire qui a eu un grand retentissement et qui crée un précédent aussi fâcheux au point de vue des principes de la physiologie que de ceux du droit, on a, par un jugement solennel, retiré à une personne sa qualité de femme et annulé le mariage qu'elle avait contracté depuis près de trois ans. Permettez-moi de vous rapporter en deux mots cette affaire.

Le mari de cette dame, au bout de deux ans de mariage, introduisit une demande en nullité de mariage, fondée sur ce que la personne qu'il a épousée n'est pas une femme, qu'elle ne possède aucun des organes naturels distinctifs de la femme; qu'elle n'a ni seins, ni ovaires, ni matrice, ni vagin; que son bassin est conformé plutôt comme celui d'un homme que comme celui d'une femme, et que, quoique âgée de 27 ans, elle n'a jamais eu encore ses règles, ni douleurs lombaires et abdominales périodiques.

Le tribunal ordonna une expertise médicale, mais la dame se refusa à tout examen. En présence de ce refus, après de longues discussions, il a été rendu un jugement, qui a déclaré la nullité de ce mariage et autorisé par suite l'époux à contracter un nouveau mariage. C'est donc sur ce refus et non sur l'absence des ovaires et de l'utérus qu'on s'est basé pour rendre ce jugement.

Si une semblable jurisprudence pouvait être admise, il en résulterait ceci, que, dans notre pays où le divorce n'existe pas, et où l'on n'admet pas que la simple séparation de corps puisse être prononcée par suite du consentement mutuel des conjoints, il suffirait de ce consentement pour obtenir la nullité du mariage, chose bien autrement grave que la séparation de corps ou même le divorce.

Mais supposons, pour un instant, que cette femme, au lieu d'être constituée comme notre jeune fille, eût possédé un utérus et des ovaires; qu'elle se fût fait opérer et qu'elle fût de-

venue enceinte; le cas aurait pu se présenter pour la jeune femme opérée par M. Le Fort, que serait-il arrivé? On aurait été en droit de douter de la lucidité des juges qui l'avaient condamnée. Or, Messieurs, il importe beaucoup à la majesté de la justice qu'un pareil doute ne puisse se produire.

Du moment qu'il est démontré que la loi est mauvaise, qu'on la modifie, qu'on y introduise le principe du divorce si l'on veut, ce sera certainement là le cas ou jamais d'en faire l'application; mais qu'on ne la torture pas de façon à y introduire en fait, sous prétexte d'annulation de mariage, des décisions qui ne seraient que des divorces mal déguisés.

DE LA SYMPHYSÉOTOMIE.

Par M. Morisani, de Naples.

Travail présenté au congrès international de Londres.

Messieurs,

Je vous prie de m'accorder pour un instant votre bienveillante attention; je vais vous parler d'une opération, qu'on a aujourd'hui presque bannie de la pratique, je veux dire de la division de la symphyse pubienne (symphyséotomie).

Je vous présente 50 cas de cette opération pratiquée à Naples sur 48 femmes (2 ont été opérées deux fois).

Sur ce nombre d'opérations on a obtenu les résultats que voici :

40	femmes sauvées.....	10	mortes.
41	enfants vivants.....	9	morts.

Et il faut noter que quelquefois l'opération a été pratiquée un certain temps après le commencement du travail, et que dans plusieurs circonstances l'enfant avait été soumis à différentes autres manœuvres et opérations avant qu'on ait eu recours à la symphyséotomie.

L'enfant se présentait :

Par la tête............	45 fois	avec	4 morts.
— la région pelvienne.	3 —	—	3 morts.
— le tronc...........	2 —	—	2 morts.
	50		9

Quant aux diamètres du bassin, les voici :

81 millimètres....	12
74 —	16
69 —	7
67 —	13
61 —	2
	50

A 81 millimètres on a donné tout le temps possible à l'expectation, et on a même souvent fait une application de forceps avant de recourir à la division de la symphyse ; et dans un cas on a essayé d'extraire l'enfant par l'appareil de Chassagny.

La limite inférieure de l'opération est établie à 67 millim. ; on l'a faite deux fois à 61 millim., mais seulement par exception. C'est pour avoir méconnu la limite inférieure de l'opération qu'on en a eu souvent de mauvais résultats.

Je vais maintenant comparer la symphyséotomie avec les autres opérations qui auraient pu être pratiquées.

Je ne dois pas faire une comparaison entre la symphyséotomie et l'accouchement prématuré artificiel. Selon moi, l'accoucheur, qui aurait à soigner une femme pendant la grossesse dans les limites des rétrécissements sus-indiqués, aurait le devoir de pratiquer l'accouchement prématuré artificiel. S'il attendait le terme de la grossesse pour faire la division de la symphyse, il ferait, à mon avis, une mauvaise chirurgie et une mauvaise action.

La seule opération qui doit être comparée à la division de la symphyse est l'embryotomie. Faisons donc le parallèle et consultons les chiffres.

Je prendrai pour terme de comparaison les statistiques d'embryotomie récemment publiées en Italie par mes amis le professeur Tibone, de Turin, et le professeur Chiara, de Milan.

Selon Tibone, en pratiquant l'embryotomie avec les méthodes les plus perfectionnées, on perd 21 femmes sur 100. Chiara a eu 24 mortes sur 100 opérées.

Par la symphyséotomie nous avons eu 10 mortes sur 50, c'est-à-dire 20 pour 100. Et il faut noter que avec la première opération on a tué tous les enfants, pendant que par la division de la symphyse on en a sauvé 41 sur 50. Je vous laisse juges de l'opération, à laquelle est due la préférence !....

Quant à l'opération césarienne, je ne dois pas la comparer avec la symphyséotomie. L'indication de cette dernière cesse là où commence l'indication de la première, c'est-à-dire à 67 millim. Je crois que tout le monde est d'accord sur ce point.

Reste encore l'opération de Porro. On peut dire que cette opération a produit une espèce de révolution dans la pratique obstétricale. Nous avons vu des praticiens éminents, partisans très convaincus de l'embryotomie, pratiquer dans ces derniers temps l'amputation utéro-ovarienne avec de bons résultats. Quant à moi, je suis d'avis que l'opération de Porro doit être préférée à l'accouchement césarien, mais seulement dans les cas où celui-ci est indiqué. Néanmoins si nous voulons en faire la comparaison avec la symphyséotomie, je n'hésite pas à le faire.

Voici les résultats de 31 cas d'amputation utéro-ovarienne après l'accouchement césarien, relatés par M. Berruti. On doit ôter de la statistique 4 cas, dans lesquels l'opération a été pratiquée dans des conditions très mauvaises ; il en reste 27. Sur ce nombre il a eu :

Mères.		*Enfants.*	
Guéries.	Mortes.	Sauvés.	Morts.
14	13	24	3

c'est-à-dire, sur 54 individus, 38 sauvés et 16 perdus ; tandis

qu'avec la symphyséotomie, sur 100 individus on en a eu 81 sauvés et 19 morts.

Vous le voyez donc, Messieurs, la symphyséotomie a donné de bons résultats; elle ne mérite pas d'être bannie de la pratique, comme on l'a fait.

Maintenant encore un mot sur le procédé opératoire. Nous employons un petit instrument boutonné, courbe et coupant par la concavité (*falcetta de Galbiati*).

Nous faisons une incision de 3 centimètres à 5 centimètres à peu près au-dessus de la symphyse pubienne; nous arrivons petit à petit jusqu'à l'articulation; nous glissons la falcetta sur la surface postérieure de la symphyse et, une fois arrivé à l'extrémité inférieure, nous appliquons la concavité coupante sur le cartilage inter-pubien, et nous coupons de bas à haut. Nous attendons l'expulsion spontanée de l'enfant, si les contractions de la matrice sont assez énergiques; mais si elles sont faibles, ou si la tête tarde à descendre dans l'excavation du bassin, nous n'hésitons pas à l'extraire avec le forceps. Nous pratiquons enfin un pansement par *réunion médiate*, et nous cherchons à immobiliser le bassin par un bandage approprié.

1° Les opérations de symphyséotomie ont été pratiquées dans la salle de la maternité de l'hôpital des Incurables de Naples, et dans la clinique obstétricale de la même ville.

2° L'époque a été du 1er janvier 1868 à la fin de décembre 1880.

3° Les principaux opérateurs sont: Novi, Martini, Morisani, et autres.

Je peux donner les noms des femmes opérées avec le résultat de chaque opération.

REVUE DE LA PRESSE

CURABILITÉ DES DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS.

Par Paul F. Mundé.

(*Article extrait de l' « American Journal of obstetrics », et traduit de l'anglais, par le Dr* **Paul Rodet**.)

J'ai été frappé de ce fait que, dans tous les grands traités des maladies des femmes, on s'étend longuement sur le traitement des déviations utérines, soit par les anciens procédés, soit par les méthodes en vogue aujourd'hui, et qu'on laisse complètement de côté la question des résultats obtenus à l'aide de ces traitements ainsi que la possibilité et même la réalité d'une guérison parfaite et durable. Quant à nous, qui avons fait notre spécialité de la gynécologie. nous nous trouvons très souvent en présence de malades à qui, lorsque nous les avons examinées, que nous avons constaté une déviation, nous disons que le fond de leur matrice se trouve en avant ou en arrière, ou bien que cet organe est fléchi au lieu d'être droit, et qui nous posent les questions suivantes : « Mais, docteur, ma matrice pourra être redressée, n'est-ce pas ? » ou bien : « Pourrais-je guérir » ? Et quelle réponse ferons-nous à cette demande bien naturelle si nous n'avons d'autres renseignements que ce que nous trouvons dans les livres ou ce que notre propre expérience nous aura appris ? Aucune, j'en ai peur, qui puisse encourager la malade ou nous satisfaire, si nous n'avons pas recours à des considérations équivoques. Le soulagement, quand le traitement est suivi de la perspective d'une guérison possible au bout d'un temps plus ou moins long, voilà tout ce que nous sommes en droit de promettre.

De plus, quand on dit à la malade qu'elle doit porter un pessaire approprié à sa déviation, la question invariable qu'elle

vous pose est celle-ci : « Devrai-je le porter longtemps? » Et qu'elle réponse vos manuels vous permettront-ils de lui faire? Aucune, car il n'est pas question de la durée pendant laquelle un pessaire doit être maintenu en place pour guérir une déviation. Et nous voilà obligés d'avoir recours à notre propre expérience, qu'elle qu'elle soit, pour faire une réponse, et cette expérience est aussi variable que les cas eux-mêmes et que les traitements employés.

Depuis quelque temps, je me suis attaché d'une façon toute particulière à la question de savoir si une déviation utérine chronique pouvait être souvent *guérie* d'une façon durable ; et deux articles de journal qui viennent d'être publiés sur ce sujet, présentant des résultats complétement différents de ceux que j'ai obtenus dans ma pratique, m'ont amené à consulter les autorités classiques, ainsi que mes propres observations afin de jeter quelque lumière sur la question et d'arriver s'il est possible à une conclusion positive. Malades et médecins y trouveront leur profit quand on aura des notions précises sur les résultats que l'on est en droit d'attendre du traitement des déplacements de l'utérus. Je ferai voir qu'il est impossible de tirer des conclusions positives d'après les observations incomplètes que la plupart des médecins prennent sur les cas de ce genre.

Il est à peine besoin de faire observer qu'il ne sera pas question, dans ce travail, de l'inversion utérine dont la nature et le traitement sont complètement en dehors du cadre que je me suis proposé. J'en dirai autant du traitement chirurgical des flexions et du prolapsus de l'utérus, car la section du col fléchi ne redressera pas l'utérus, et ne peut pas être considérée comme un traitement ainsi que je l'entends ici. Mais voyons ce que disent les auteurs qui font autorité.

Barnes (2e édition, 1878, page 598) dit en parlant de l'antéflexion : « Si la déviation coïncide avec une faiblesse des fibres musculaires de l'utérus, ce ne sera que peu à peu, et en allant progressivement, que l'on arrivera à rendre à l'utérus sa position et sa forme normales. Il faudra plusieurs mois et même

davantage pour obtenir la guérison, et l'on devra toujours faire ses réserves, en cas d'échec..... Et même la guérison sera retardée si l'on constate un certain degré d'atrophie ou d'amincissement au niveau de la flexion. Dans ce cas il faut qu'il se fasse une nouvelle production de tissu. A mesure que ce processus s'avance, la paroi antérieure ou inférieure deviendra plus forte. Je crois que c'est ce qui arrive chez les malades qui n'ont pas suivi une marche progressive quand l'utérus est maintenu redressé par un support. » Et de plus à propos de la rétroversion, page 604 : « Graduellement sous l'influence de ce support (un pessaire à levier), la tuméfaction de l'utérus diminue ainsi que la tendance à se fléchir en arrière; le vagin, soulagé de ce surcroît d'effort, recouvre la tonicité, et peu à peu le pessaire peut être supprimé. »

Graily Hewit dit, de son pessaire en berceau pour les antéfléxions, que « Il peut être porté pendant plusieurs mois sans difficulté, et dans les cas de longue durée il faut quelquefois une année pour que la guérison soit complète ». Et plus loin : « Quand on a déjà obtenu un certain degré de guérison, on se trouvera bien d'employer un pessaire à air au lieu du pessaire sus-mentionné..... Il y a des cas où cette méthode est la seule qui puisse guérir l'antéflexion ». Quant aux versions, je ne trouve aucun passage où il soit question de leur guérison.

Emmet, dans son dernier ouvrage, décrit très complètement l'action mécanique du pessaire, et il se contente de dire que le prolapsus du vagin et de l'utérus peut être parfois guéri à l'aide d'astringents, et il nous laisse faire toutes les déductions que nous voudrons au sujet des autres déviations.

Thomas, qui est peut-être celui qui a le plus d'expérience et qui est le plus partisan des supports mécaniques dans les déplacements, dit, p. 426 de sa dernière édition : « Si l'on me demandait mon avis sur le traitement de ce genre de maladie, j'en éprouverais la plus grande satisfaction et je le donnerais sans hésiter, convaincu que je serais de rendre le plus grand service à la malade. » A propos de déviations postérieures il dit, p. 438 : « Le vagin peut être inséré sur le col assez près de son

orifice externe, pour qu'il soit impossible de pouvoir placer un pessaire dans le cul-de-sac postérieur. Ce mode d'insertion vaginale est important à noter, car il implique un pronostic très grave relativement aux déplacements antérieurs et postérieurs ». Plus loin, p. 445 : « On obtiendra les résultats les plus favorables en appliquant à ces cas (déplacements postérieurs) un traitement patient et raisonné. »

Hegar et Kaltenbach, dans la dernière édition de leur ouvrage sur la « gynécologie opératoire », 1881, disent : « En général, le traitement des rétroversions et retroflexions par des pessaires à levier est une des acquisitions les plus importantes de l'Ecole moderne et de la thérapeutique mécanique. »

Il est facile de voir, parmi ces citations, combien est vague tout ce qui a rapport à la *guérison parfaite* et permanente des déplacements. Aucun auteur ne consacre quelques lignes à la possibilité de guérir par des moyens mécaniques une ancienne anté ou rétroflexion ou version.

Il y a cependant deux points sur lesquels l'accord est unanime, à savoir : que les supports mécaniques peuvent apporter un grand soulagement et qu'un prolapsus ancien et complet de l'utérus et du vagin ne peut être guéri que par une opération. D'autre part, il n'y en a pas un qui se hasarde à dire que les déplacements, antérieurs et postérieurs, sont incurables. Je vais citer deux auteurs allemands qui donnent leur opinion d'une façon un peu plus positive sur le côté négatif de la question.

Chrobak, dans son ouvrage sur l' « Examen des organes génitaux de la femme et la thérapeutique générale gynécologique, 1879 », s'exprime ainsi : « A l'exception de cas rares où on a obtenu la guérison d'un déplacement à l'aide de pessaires, soit par suite de la gangrène produite par la compression et la rétraction qui en était la conséquence, soit parce que la cause en était récente, comme un accouchement, les observations de guérison des déplacements utérins à l'aide de pessaires sont très rares. On arrive d'habitude avec beaucoup de peine à rétablir l'utérus dans sa position normale, et l'on doit s'estimer

très heureux quand on a pu obtenir une diminution du degré de flexion ou de version. »

Le plus récent ouvrage sur les déplacements utérins est celui de Fritsch, de Halle ,et c'est un excellent travail. Il discute le traitement de ces cas d'une façon très complète et consacre beaucoup de pages à combattre l'intervention surtout au moyen de pessaires. Son opinion sur l'antéflexion est la suivante : « Les pessaires vaginaux seuls ont une influence nulle sur l'antéflexion » ; et relativement à l'antéversion, il dit que, comme le déplacement dépend souvent de conditions qu'on ne peut faire disparaître, on doit renoncer à l'espoir de rétablir l'état normal. On peut cependant apporter une grande amélioration. Les cas hybrides d'antéflexion avec antéversion sont incurables. Il dit à propos de la rétroflexion : « Il peut arriver que l'utérus reprenne sa position après un premier déplacement. Aussi dans les cas récents on doit essayer d'enlever le pessaire après la première période menstruelle..., et examiner la malade plusieurs jours de suite, afin de se rendre compte si l'utérus a gardé une position correcte. Si tout va bien, on recommande à la malade de revenir dès que les derniers symptômes reparaîtront. Mais si la rétroflexion ne tarde pas à se reproduire ou si les tissus circumutérins sont très relâchés, le pessaire devra être porté pendant longtemps, tant qu'il ne cause aucune incommodité..... Il est impossible de fixer l'époque précise où auront lieu ces changements favorables (quand les ligaments et les moyens de soutien ont repris leur tonicité normale). On admet qu'on ne peut espérer une guérison permanente que dans les cas récents. S'il y a un relâchement des tissus circumutérins, la rétroflexion se reproduit dès qu'on a enlevé le pessaire qui maintenait l'utérus dans sa position normale depuis un an ou plus. » Evidemment, les symptômes ont été très atténués pendant ce temps et « il n'est pas rare de voir des malades rester des mois et même des années, après l'enlèvement du pessaire, heureuses d'être guéries; puis lorsqu'on les examine on trouve que le déplacement est absolument dans la même position qu'auparavant. » Dans ces cas les symptômes peuvent re-

paraître au bout d'un certain temps et l'on peut être obligé d'avoir de nouveau recours au pessaire. « Il serait préférable de pouvoir obtenir une guérison permanente; mais pour cela il faut plus qu'un simple support inférieur, c'est-à-dire qu'il faut un raccourcissement des ligaments suspenseurs de l'utérus. »

« Bien que la ménopause, en faisant disparaître toute prédisposition à l'inflammation, produise un état que l'on peut considérer comme une guérison complète, malgré la persistance du déplacement (rétroflexion), il ne faut jamais trop compter sur un résultat aussi favorable... La guérison radicale, c'est-à-dire le maintien dans sa position normale, s'observe dans un certain nombre de cas, et c'est surtout quand le déplacement es récent ou qu'il survient après l'accouchement.

Le Dr Ely van de Warker, dans un travail excellent sur la « tige intra-utérine dans les flexions » lu à la Société de gynécologie de Boston, en 1877 (vol. II, Gyn. trans.), dit, après avoir réuni un certain nombre de cas pour prouver la valeur du pessaire à tige dans les flexions : « Ayant perdu toute confiance dans les applications mécaniques de quelque forme que ce soit, comme moyen de guérison des flexions, je crois que l'emploi de la tige intra-utérine constitue le procédé le plus efficace pour maintenir l'utérus en position. »

Winckel, de Dresde, et Amann, de Munich, rapportent l'un 45, l'autre 46 cas de flexions et versions traitées avec beaucoup de succès par la tige intra-utérine, mais aucun des ces deux observateurs ne cite une guérison permanente de la flexion. Tous deux, comme les autres partisans du pessaire à tige, ne parlent simplement que des succès qu'ils ont obtenus avec cet instrument, en raison de son innocuité, mais ils constatent que la malade portait encore le pessaire à leur dernier examen. Je ne doute pas qu'une flexion *puisse* être guérie par le pessaire à tige, si l'instrument reste assez longtemps en place, au moins pendant six mois, surtout s'il s'agit d'un accouchement récent. J'ai observé dernièrement un de ces cas chez une jeune mariée qui avorta au deuxième mois de sa première grossesse et, quand je la vis, je constatai une antéflexion au second degré. On ap-

pliqua une série de pessaires à cupule de Thomas, en augmentant graduellement la circonférence antérieure de la cupule ; l'utérus fut redressé et se maintint droit pendant un mois après l'enlèvement du pessaire, époque où la dame devint de nouveau enceinte. Naturellement dans ce cas l'avortement facilita le redressement permanent de l'utérus.

Après avoir rapporté un aussi grand nombre d'opinions vagues ou complétement opposées à la curabilité permanente des déplacements utérins, je vais citer deux articles dont l'apparition a provoqué mes recherches et m'a fait publier ce travail. En novembre 1875, dans le *Virginia Medical monthly*, le Dr F.-B. Watkins, de Richmond, rapporta 215 cas de déplacements utérins (139 rétroversions — 49 antéversions — 27 prolapsus) où il employa les supports mécaniques et obtint les résultats suivants :

Rétroversions..	114 guérisons complètes ;
	23 — partielles ;
	12 améliorations légères ou nulles.
Antéversions....	34 guérisons complètes ;
	9 — partielles ;
	7 améliorations légères ou nulles.
Prolapsus.......	22 guérisons complètes ;
	4 — partielles ;
	2 améliorations légères ou nulles.
Total..........	170 guérisons complètes ;
	36 — partielles ;
	21 améliorations légères ou nulles.

Les supports vaginaux employés étaient tous fabriqués sur le principe du pessaire de Hodge et convenablement appropriés aux différents cas. La durée du traitement s'étendit au delà de plusieurs mois et n'est pas établie d'une façon précise.

En février 1881, le *Chicago medical, journal and Examiner*, publia un travail du Dr P. O'Connell, de Sioux-City, Iowa, sur « la curabilité des déplacements utérins » dont la teneur est ana-

logue à celle du mémoire du Dr Watkins. M. O'Connell commence par exprimer la surprise qu'il a éprouvée en lisant les opinions émises par Mathews Duncan à la suite d'une communication faite par Graily Hewitt à la Société obstétricale de Londres qu' « on éprouvait un échec complet dans le traitement des déplacements sans descente et que ces déviations n'étaient jamais guéries dans le sens propre du mot, car elles se reproduisaient dès qu'on enlevait le pessaire. » D'après cela, ce médecin paraît conclure que le Dr Duncan et autres médecins éminents excluent et condamnent les pessaires dans le traitement des déplacements. Je suis complètement de son avis quand il défend l'emploi de ces adjuvants si utiles pour maintenir un utérus redressé; mais où nous différons, c'est quand il veut attribuer à ces agents des propriétés curatrices extraordinaires. Il rapporte 8 cas de rétroflexions guéries complètement à l'aide du pessaire-levier de Hodge, modifié par Smith. « On ne considéra aucune femme comme guérie que, lorsque après des essais répétés, on reconnut qu'elle pouvait se passer de pessaire. On commençait par enlever le pessaire, et l'on permettait à la malade de remplir ses devoirs comme auparavant. Si, au bout de quelques semaines, le toucher et l'hystéromètre nous montraient que l'utérus avait conservé sa position normale, on ne réintroduisait pas le pessaire. Mes malades restèrent en observation pendant un an au moins, et quatre ans au plus après l'enlèvement du pessaire et dans aucun cas le déplacement ne se reproduisit. » Je cite les paroles textuelles de l'auteur. Mais dans les observations qui ont trait à chaque cas particulier, il emploie des termes extrêmement vagues pour exprimer que la malade fut guérie, comme par exemple « sa santé fut entièrement rétablie », « l'anémie disparut et la menstruation redevint normale », etc. Dans mon dernier travail sur la « Petite chirurgie gynécologique », j'ai déjà avoué qu'il m'était impossible de rivaliser, d'après ma propre expérience, avec les résultats merveilleux du Dr Watkins, et je regrette qu'en dehors d'un grand nombre de cas que j'ai traités pendant ces six dernières années (895 déviations de toute nature), je ne puisse rapporter dans le même

laps de temps que le Dr O'Connell (trois ans) pas plus de huit cas de rétroflexions guéries d'une façon permanente à l'aide d'un pessaire vaginal. Peut-être n'ai-je pas surveillé les malades assez longtemps, ou celles-ci ne sont-elles pas revenues se faire examiner. Mais, à ce point de vue, ma manière de faire est probablement la même que celle des autres médecins, et mes clients ne sont probablement pas plus fidèles que ceux des autres.

—Je vais encore rapporter un passage d'un article sur les prolapsus de l'utérus de M. W. Jackins, publié dans l'*Australia medical journal*, du 15 décembre 1880, pour montrer le peu de fonds de ces observations : « A tous les degrés, depuis la simple tension des ligaments utérins résultant d'un léger déplacement, jusqu'au prolapsus complet de l'utérus, de la vessie et du rectum, on obtiendra toujours une amélioration rapide qui sera bientôt suivie de la guérison complète au moyen d'un pessaire, et cela sans considération d'âge ou de genre de vie de la malade. » Evidemment, les femmes d'Australie ont une constitution différente de celles des autres pays. J'ai la ferme conviction de ne pas recevoir de démenti, en affirmant qu'en Europe et en Amérique on n'obtient jamais de pareils résultats.

Que devons-nous conclure de cette divergence d'opinions et d'observations? Supposerons-nous, en présence des remarques si vagues de tant d'auteurs distingués, que l'incurabilité des déplacements utérins est tacitement admise (ainsi que me le disait un éminent confrère de New-York, avec qui je discutais dernièrement ce sujet)? Ou bien, laisserons-nous croire que ceux qui ne sont pas arrivés à obtenir des guérisons nombreuses ont été moins habiles que d'autres opérateurs plus heureux? La vérité probable, c'est que ceux qui ont eu le bonheur d'avoir des résultats satisfaisants ont eu affaire à des cas qui se présentaient à la période la plus opportune de la maladie, comme peu de temps après l'accouchement; peut-être, peut-on dire, sans aucune espèce d'insinuation malveillante, que ces observateurs n'ont pas examiné leurs cas suffisamment longtemps, après que le pessaire avait été enlevé pour pouvoir considérer

le cas comme un fait de guérison certaine. D'un autre côté, les gynécologistes d'une renommée universelle, parmi lesquels on me fait l'honneur de me compter, ont évidemment observé un grand nombre de guérisons dans les mêmes conditions; mais sentant que la grande majorité des déplacements chroniques était incurable, ils ont préféré ne pas trancher la question.

Parmi un certain nombre de femmes atteintes de maladies utérines, j'ai choisi 2,500 cas que j'ai notés avec soin. Parmi eux, il y a 895 cas de déplacement de l'utérus de toutes les variétés. En analysant ces observations, on trouve que 827 femmes étaient mariées, 68 célibataires, et que 624 avaient été mères. Parmi les célibataires, 5 seulement avaient une rétroversion simple et 3 une rétroversion de l'utérus antéfléchi. Toutes les autres avaient de l'antéflexion et de l'antéversion, avec quelques cas de latéroflexion et de latéroversion. Parmi les femmes mariées, 15 seulement avaient des rétrodéplacements. Le plus fréquent était la rétroversion, qui comptait 348 cas, quand il n'y avait que 55 rétroflexions. L'antéflexion se chiffrait par 295 cas ; il y en avait 102 d'antéversion, 10 de latéroflexion, 10 de latéroversion, 15 d'anté-latéroflexion, 3 de rétro-latéroflexion, 1 d'antéversion avec latéroflexion, 23 d'antéflexion avec rétroversion, 21 descentes avec rétroversion, 13 prolapsus complets de l'utérus et du vagin. Dans 8 cas, l'utérus rétroversé était fixé solidement par des adhérences intra-péritonéales. On doit remarquer qu'en classant les versions et les flexions, on a constaté souvent la coexistence des deux déviations ; celle qui prédominait a servi à désigner le cas. En fait, tandis qu'on trouve souvent des antéflexions pures, j'ai eu rarement l'occasion de constater une rétroflexion, sans qu'elle soit accompagnée (et d'habitude même précédée) de rétroversion.

(*A suivre*).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Gonflement énorme des seins chez une femme enceinte. — M. Ch. Monod présente une femme enceinte de quatre mois dont les seins ont acquis un développement énorme. Cette femme a déjà eu deux grossesses, et à chacune les seins sont dévenus très volumineux. Pendant la seconde grossesse, le lait s'écoulait en si grande abondance qu'elle en était *noyée.*

Aujourd'hui la grossesse date de quatre mois; le gonflement des seins est tel depuis deux mois; l'amaigrissement de la malade est notable.

Quelle conduite faut-il tenir? Il n'y a pas à penser à l'ablation des seins, opération dangereuse dans l'etat de grossesse; des palliatifs seraient insuffisants. Je crois qu'il faut considérer cette femme comme si elle était atteinte d'un rétrécissement du bassin par exemple et provoquer l'avortement.

M. Després. Ce fait est exceptionnel; on n'a rien publié d'analogue. Cette femme est manifestement disposée aux engorgements de la mamelle, et il est à remarquer que sa première grossesse s'est bien terminée malgré cet engorgement. Je pense donc que l'on doit attendre, et, au lieu de provoquer l'avortement, pratiquer la succion des mamelles.

M. Horteloup ne prendrait un parti définitif que si l'épuisement augmente, dans un mois environ.

M. Després dit que l'épuisement de cette femme est plutôt apparent que réel; la succion, en débarrassant les seins du lait qui les engorge, permettra d'attendre, et peut-être cette pratique amènera-t-elle l'avortement, comme cela a été conseillé pour obtenir ce résultat.

M. Sée. Ce moyen augmenterait le dépérissement de la malade. Ce qui l'épuise, ce n'est pas l'engorgement des seins, mais l'abondance de la sécrétion du lait; par la succion on augmenterait cette sécrétion. Il en est ici comme dans l'ascite, où chaque ponction épuise la malade.

Je conseille donc de faire ce que propose M. Monod.

M. Monod. On trouve trois observations de ce genre dans la thèse de Labarraque, et dans ces faits l'hypertrophie a cédé après la grossesse, d'où m'est venu l'idée de provoquer l'avortement.

Dans ce cas, la succion serait difficile, il n'y a pas de mamelon ; je dois dire que dans deux cas un chirurgien allemand a obtenu un bon résultat de la succion. En résumé, je vais attendre et suivre la malade, en ayant pour objectif l'avortement si son état le nécessite.

(*Séance du* 10 *août.*)

M. Monod, en offrant la photographie de cette femme, dit qu'on a pratiqué sur elle la succion sans résultat digne d'être noté. Depuis lors un suintement léger s'est fait par le sein gauche; l'état général est satisfaisant.

M. Guéniot compare cet état à la galactorrhée des nouvelles accouchées et se demande si l'iodure de potassium à la dose de 50 à 60 centigr. par jour ne serait pas de quelque efficacité. La compression aussi a donné dans des cas analogues des résultats satisfaisants.

M. Monod. La compression serait ici impraticable.

Polype pédiculé de la vulve chez une petite fille de 8 ans, par Després. — Cette tumeur était placée en avant du méat urinaire entre les petites lèvres. Elle avait déterminé une hémorrhagie qui s'était annoncée par une petite tache de sang sur la chemise de l'enfant, et avait été suivie d'un suintement de peu d'importance pendant deux jours.

Les tumeurs de la vulve et les hémorrhagies vulvaires étant des faits rares chez les enfants, j'examinai avec soin la petite malade et je constatai que la tumeur était une sorte de polype, fixé par un pédicule, au bord inférieur du méat urinaire. Quelques jours plus tard j'en fis la section au moyen d'un petit serre-nœud, mais le pédicule s'étant rompu à sa base, il s'écoula environ une cuiller à café de sang.

Cette tumeur était en réalité un kyste à contenu noirâtre tapissé par une membrane lisse, offrant de grandes analogies avec les polypes vésiculaires vasculaires décrits par Marjolin. Elle rappelait les tumeurs uréthrales des petites filles dont Giraldès avait trouvé la description dans certains auteurs anglais, mais celle-ci était extra-uréthrale.

L'existence d'un pédicule la différenciait des varices de l'urèthre de la femme, sur lesquelles M. Richet a appelé l'attention. Elle était

née selon moi des éléments de la muqueuse du méat. La cicatrisation était complète au bout de quatre jours.

M. Guéniot dit qu'une ligature eût suffit pour l'ablation.

M. Forget. L'analogie de cette tumeur avec celles que l'on observe chez les femmes étant notoire, l'intérêt de cette communication réside en entier dans l'âge de la malade.

M. Després. Les polypes des femmes adultes sont ordinairement multiples et sessiles. Celui de ma petite malade s'étendait du clitoris à la fourchette. J'ai préféré le serre-nœud, pour éviter les tractions sur le pédicule. (*Bull. de la Société de chirurgie*, séance du 5 octobre 1881.)

R. Chenet.

CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES A LONDRES.

(SUITE ET FIN (1)).

Le professeur Halbertsma communique une note dans laquelle il soutient que **l'Eclampsie puerpérale est le plus souvent la conséquence d'une compression de l'utérus.**

Le Dr Eustache (de Lille) fait le **parallèle de l'embryotomie et de l'opération césarienne.**

a. — Le parallèle entre l'embryotomie et l'opération césarienne a été faite depuis longtemps. Cette dernière opération paraissait devoir être entièrement condamnée, et de fait elle est rejetée par la plupart des professeurs d'accouchements; elle est également rejetée par presque tous les livres classiques d'obstétrique, tant en Europe qu'en Amérique.

L'enseignement officiel des facultés et des collèges de médecine est à peu près unanime sur ce point, à savoir que : lorsqu'un accouchement est impossible spontanément ou par le forceps, c'est aux divers procédés d'embryotomie (crâniotomie, céphalotripsie, embryotomie proprement dite) que l'on doit avoir recours de préférence à l'opération césarienne; celle-ci n'est considérée que comme un moyen extrême qu'il ne faut mettre en usage que lorsque tous les autres ont échoué ou sont franchement impossibles.

Cette solution n'a jamais été sérieusement établie sur la statistique;

(1) Voir les numéros de septembre, octobre et novembre.

la question religieuse s'en est mêlée et n'a pas peu contribué à passionner et égarer le débat, en y faisant intervenir des raisons extra-médicales qui, si respectables et si impérieuses qu'elles soient, n'en doivent pas moins être écartées par le vrai praticien.

b. — Il est démontré aujourd'hui que l'embryotomie, en sacrifiant toujours l'enfant, expose la mère aux plus grands dangers.

Il est et il sera toujours absolument impossible de connaître le degré réel de mortalité de cette intervention chirurgicale. Les statistiques établies à ce sujet sont trop peu nombreuses et surtout trop incomplètes pour permettre de baser sur elles une opinion sérieusement motivée.

Aucun de ceux qui ont pratiqué cette opération, surtout avec un rétrécissement de 6 centimètres et au-dessous, n'hésitera à croire avec moi qu'elle doit être et qu'elle est le plus souvent mortelle, malgré les quelques succès obtenus, et autour desquels on a fait beaucoup de bruit.

Je ne crois pas dépasser les limites des probabilités, en faisant la mortalité de l'embryotomie à 50 pour 100.

c. — L'opération césarienne, qui sauve un très grand nombre d'enfants, donne pour la mère un résultat égal, bien supérieur à cette moyenne de 50 pour 100, pourvu qu'elle soit faite en temps opportun. Au double titre, cela mérite incontestablement la préférence sur l'embryotomie.

Les statistiques récentes, celle du Dr Harris, de Philadelphie en particulier, justifient cette conclusion, qui s'écarte entièrement de ce qui est officiellement enseigné ou écrit. Voir également les tables du Dr Th. Radfort, de Manchester.

Et pourtant, en présence des résultats de la chirurgie abdominale moderne, cela n'a pas lieu de nous surprendre.

L'ovariotomie donne des résultats bien supérieurs, puisque la moyenne des succès de ces dernières années n'est pas moindre de 80 pour 100.

L'opération de Porro, autrement grave à mon avis que l'opération césarienne simple, a fourni le 2 p. 100 de succès.

Grâce à la méthode antiseptique, le pronostic de toutes les opérations chirurgicales a changé du tout au tout. Par exemple, les dangers de l'infection puerpérale peuvent être entièrement conjurés.

Il m'est permis de dire qu'il doit en être de même pour l'opération césarienne — les succès récemment publiés en font foi.

Mais si l'on veut faire bénéficier l'obstétrique de la remise en honneur de l'opération césarienne, il faudra bien se garder de l'entreprendre dans des conditions défavorables de lieu et surtout de temps, c'est-à-dire ne pas attendre que la femme soit épuisée par un travail long et laborieux; il faudra l'entreprendre de bonne heure.

Ces considérations que je ne fais qu'indiquer m'ont engagé à soumettre cette question aux membres éminents du Congrès. La plupart des illustrations obstétricales du monde entier se trouvent ici. Jamais une meilleure circonstance ne se présentera pour discuter ce point capital de la pratique médicale, qui a été trop hâtivement jugé, je crois, et qui demande une révision sérieuse.

Je fais donc appel aux accoucheurs de tous les pays qu'ils apportent dans cette discussion le fruit de leur expérience et de leurs réflexions : la question en vaut la peine, car il ne s'agit de rien moins que d'épargner la vie de plusieurs centaines d'enfants qui sont sacrifiés tous les ans, et d'exposer les mères à des dangers de mort réellement moindres.

Je leur demande donc d'examiner et de discuter les conclusions suivantes, que je crois devoir formuler comme la règle future du praticien.

Conclusions :

D'une part considérant :

1° Les résultats récents de l'ovariotomie et de toutes les autres opérations de gastrotomie ;

2° L'amélioration du pronostic de tous les traumatismes chirurgicaux sous l'influence de l'application méthodique des pansements antiseptiques;

3° Les succès de l'opération de Porro;

4° Les succès nombreux publiés dans ces dernières années à la suite de l'opération césarienne simple, autant pour la mère que pour l'enfant;

Et d'autre part, considérant que l'embryotomie en sacrifiant toujours l'enfant, expose la mère à des dangers au moins aussi grands que l'opération césarienne;

Qu'elle est inapplicable dans beaucoup de cas de vices de conformation du bassin, par exemple avec un rétrécissement de 5 centimètres et au-dessous;

Je conclus que :

1° Quand l'enfant est vivant au commencement du travail, et que le rétrécissement du bassin est au-dessous de 78 millimètres, limite extrême de l'application du forceps, l'opération césarienne sera pratiquée de bonne heure, c'est-à-dire dès que le travail sera franchement établi, et d'après toutes les règles de la méthode antiseptique.

2° Si l'enfant est mort et que le rétrécissement soit supérieur à 5 centimètres, on recourra à l'embryotomie. Au-dessous de 5 centimètres, l'opération césarienne devient une opération de nécessité.

En résumé, l'opération césarienne sera la méthode de choix, et l'embryotomie la méthode d'exception.

Le Dr Eustache lit un travail intitulé : **Du traitement chirurgical de la chute de l'utérus.** — En voici les conclusions :

1° La seule opération chirurgicale, capable de remédier efficacement et définitivement à la chute complète de la matrice, est le cloisonnement du vagin, par le procédé du professeur Le Fort (de Paris).

2° Pour que cette opération soit suivie de succès certain, il faut modifier le procédé primitif de l'auteur, et y introduire les changements suivants :

3° Au lieu d'un avivement linéaire de 1 centimètre de large, il faut pratiquer un avivement d'une largeur de 4 centimètres au moins, s'étendant sur chacune des parois depuis l'insertion du vagin sur le col jusqu'à la vulve, c'est-à-dire sur une longueur de 6 centimètres.

4° Au lieu de suturer les deux parois avec du fil métallique, on recourra à la suture au catgut, qui n'irrite pas et n'ulcère pas les parties, et qu'on n'a pas besoin d'enlever, puisque le catgut se résorbe sur place.

Le Dr Morisani communique un travail sur la **Symphyséotomie.** (Voir ce travail p. 440.)

Le Dr David Berry Hart communique un travail sur l'**Anatomie et les usages de la position genu-pectorale.**

Le vagin, chez toutes les femmes normales, et dans toutes les positions, a ses parois en contact l'une avec l'autre. Dans la position génu-pectorale, il n'y a pas de dilatation du vagin aussi longtemps que l'orifice hyménéal n'est pas ouvert. La dilatation du vagin dans

cette position dépend de la nature physique du contenu abdominal et des différents liens qui rattachent les segments du plancher pelvien aux os du bassin.

L'anatomie sera montrée dans un dessin, pris d'après une section d'un cadavre congelé dans la position génu-pectorale. Le point principal sera l'affirmation que l'utérus en rétroversion, non fixé, ne se replace pas spontanément dans la position génu-pectorale, alors que le vagin est ouvert.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Les maladies des femmes (Die Krankheinten der Frauen), par Henri Fritsch, professeur de gynécologie et d'accouchement à l'université de Halle. — 1 vol. in-8° de 417 pages, chez Wreden, à Brunswick.

Le traité de génécologie du professeur Fritsch se distingue de la plupart des manuels de gynécologie publiés en Allemagne non seulement par la clarté avec laquelle tous les sujets sont traités, mais encore par la large place qui est laissée aux questions d'anatomie pathologique que soulèvent la plupart des affections de l'appareil génital de la femme, et par l'autorité avec laquelle l'auteur a décrit la médecine opératoire gynécologique. Nous ne pouvons songer à donner ici l'analyse complète de ce livre, qui embrasse l'étude de toute une science. Nous devons nous borner à indiquer le plan général suivi par l'auteur et signaler les principaux chapitres traités par lui.

Après avoir dans deux premiers chapitres étudié l'anatomie et la physiologie de l'appareil génital de la femme, l'auteur aborde dans un troisième chapitre les règles générales du diagnostic.

Il préfère le décubitus dorsal pour examiner les malades, il considère le décubitus abdominal et le décubitus genu-pectoral comme ne présentant aucun avantage.

Le décubitus latéral n'est utile que dans quelques opérations.

Il rejette le toucher rectal manuel par la méthode de Simon,

comme ne donnant pas des résultats suffisants pour la difficulté qu'éprouve le médecin à le pratiquer, et les dangers auxquels il expose la femme.

On lira avec intérêt le paragraphe consacré par l'auteur à la dilatation du canal cervical. On verra qu'il condamne expressément l'emploi de l'éponge préparée, même de celle que l'on trouve depuis quelques années dans le commerce et qui bien que phéniquée ne présente aucune garantie contre l'infection.

Le quatrième chapitre est consacré à l'étude de la méthode antiseptique. L'auteur recommande vivement dans le cas d'accidents septiques l'emploi de l'irrigation continue « qui est encore la méthode qui donne le plus de sécurité »; et il donne la description d'un certain nombre d'appareils qui permettent de mettre en pratique ce mode de traitement.

Dans le cinquième chapitre Fritsch étudie la thérapeutique générale. Il se montre assez partisan de l'emploi des injections intra-utérines. Il pense que l'emploi du perchlorure de fer est à peu près sans danger, sous la réserve, bien entendu, que l'opération ait été bien faite.

6e chapitre. — Maladies de la vulve que l'auteur passe successivement en revue, après avoir dit quelques mots des malformations.

Nous signalerons spécialement un excellent paragraphe consacré à la perinéographie, et dans lequel l'auteur expose brièvement son procédé.

Signalons seulement le 7e et le 8e chapitres, consacrés le premier à l'étude des affections du vagin, le second à celles de la vessie et de l'urèthre, ce dernier contenant un paragraphe très intéressant sur le traitement de la cystite.

Avec le chapitre IX nous arrivons à l'étude des affections utérines. Nous mentionnerons tout d'abord un bon et rapide exposé des différentes méthodes opératoires dont nous disposons pour lutter contre les sténoses des orifices externe et interne du col; puis nous appellerons l'attention sur un paragraphe consacré dans le chapitre XI à l'étude des états pathologiques du col utérin; on lira avec le plus grand intérêt les dix pages remarquables de clarté dans lesquelles l'auteur expose l'état de nos connaissances sur l'anatomie pathologique des ulcérations du col et de l'ectropion de la muqueuse cervicale, et dans lesquelles il précise les indications qui nécessitent l'emploi de l'opération d'Emmet ou de celle de Schrœder.

Dans le chapitre XII Fritsch étudie avec de grands détails les changements de position de la matrice et les moyens d'y remédier. Il n'accepte que comme un moyen extrême l'emploi des pessaires intra-utérins. Dans le cas d'antéversion, il choisit de préférence le pessaire de Mayer et, afin d'éviter la douleur qui se produit souvent quand on introduit l'instrument, il se sert pour l'introduction d'une pince à pessaire qui du reste porte son nom.

Dans le cas de rétroflexion, après avoir corrigé la mauvaise position de l'organe par des manœuvres manuelles, l'auteur recommande d'employer un pessaire tel que celui de Hodge, qui cependant n'est pas parfait.

Dans le cas où on ne réussit pas, on peut enfin employer l'anneau de Mayer avec avantage.

Signalons au passage un paragraphe très complet sur le traitement du prolapsus utérin accompagné ou non de cystocèle et de rectocèle.

Dans le chapitre XIII, l'auteur étudie les tumeurs de l'utérus.

Nous ne dirons que quelques mots à propos du traitement du cancer de l'utérus.

Fritsch reconnaît que le traitement considéré pendant longtemps comme radical et qui consistait à enlever la portion vaginale avec le galvano-cautère, à en faire l'amputation conoide, ou à se servir de l'écraseur, est le plus insuffisant, car il est impossible de circonscrire bien nettement les parties atteintes par la maladie.

Si la néoformation atteint la partie inférieure du col et se propage jusqu'à la muqueuse des culs-de-sac, l'opération n'est pas contre-indiquée, il faut employer dans ces cas l'amputation supravaginale par la méthode de Schrœder, dont l'auteur donne les règles.

Si le cancer suit la muqueuse du col et s'élève haut, il faut pratiquer l'extirpation totale de l'utérus.

L'auteur donne rapidement les règles de l'extirpation totale de l'utérus par la voie abdominale (méthode de Freund) et par la voie vaginale (méthode de Schrœder). Il donne la préférence à cette dernière opération quand elle est possible.

Toute extirpation de l'utérus est contre-indiquée quand il existe une nodosité cancéreuse dans les ligaments larges.

Les deux derniers chapitres sont destinés à l'étude des maladies des annexes de l'utérus et de l'hystérie.

Nous concluerons en disant seulement que le livre de M. Fritsch est peut-être le meilleur manuel de gynécologie que nous connaissions.

PAUL BAR.

Torsion des tumeurs ovariennes amenant l'étranglement et la gangrène. — Trois cas traités avec succès par l'ovariotomie immédiate, par LAWSON TAIT.

Cet incident de l'histoire des tumeurs ovariennes n'a pas encore attiré beaucoup l'attention, malgré son importance et sa fréquence. Dans les trois cas rapportés par l'auteur, les symptômes présentent une dissemblance remarquable. Le point capital, c'est la production d'une douleur abdominale brusque et intense suivie de vomissements verdâtres. Le pouls devient plus fréquent, sans qu'il y ait une élévation de température coïncidente. Quand on observe ces symptômes, il faut faire la section abdominale, que la tumeur soit ovarienne ou non ; il suffit qu'il y ait quelque probabilité qu'on pourra l'enlever : c'est la règle de conduite de l'auteur.

Quant au mécanisme de cette rotation, il est très difficile de l'expliquer. On doit tout d'abord rejeter l'hypothèse qui l'attribue à la nature de la tumeur, car on l'observe sur des tumeurs de toute sorte et de toute nature. Malheureusement la plupart du temps on n'a pas noté le sens de la torsion. Dans les cas rapportés par Rokitansky, c'était de gauche à droite qu'elle se faisait presque toujours et le plus grand nombre des tumeurs siégeaient du côté droit. Les observations de l'auteur coïncident avec celles de Rokitansky.

Mais pour arriver à déterminer les causes de la rotation il faudrait avoir des données exactes sur les points sur lesquels nous venons d'insister. Barnes hasarde l'explication suivante : « La tumeur n'étant pas adhérente et étant d'une consistance suffisante peut tourner sur son axe. Cela peut arriver par suite d'une augmentation de volume de l'utérus qui exerce une compression sur la tumeur ou bien parce qu'une partie de celle-ci est plus pressée que l'autre, et alors elle tourne dans le sens de la pression. Klob, d'après les expériences qu'il a faites, conclut que l'on doit en rapporter la cause aux alternatives de plénitude et de vacuité de la vessie. L'auteur se range assez volontiers à cette explication, mais il croit que l'on doit aussi faire intervenir le rectum qui est également alternativement plein ou vide

et qui, à l'état de plénitude, forme un cylindre dur, qui, prenant un point d'appui sur la colonne vertébrale, peut alors exercer une pression assez énergique. Outre cela, le Dr Lawson Tait propose une théorie dynamique du fait. Une tumeur ovarienne siégeant du côté droit, ayant un pédicule libre et un axe dirigé de la neuvième à la dixième côte du côté gauche, se trouve dans la condition d'un corps qui possède une liberté d'allures de premier ordre pour pouvoir tourner autour de son axe. Le rectum viendrait jouer par rapport à ce corps le rôle d'un coin qui agirait dans la plus favorable de toutes les directions, c'est-à-dire obliquement de haut en bas, au-dessous de l'équateur du corps mobile. Chaque portion de matière fécale qui passe dans le rectum, surtout dans la position inclinée, représente un véritable coin qui tend à faire tourner la tumeur. En se reportant à cette loi dynamique que par la répétition successive du même processus une quantité indéfinie de force peut être produite, si petite que soit la force initiale, on a l'explication du phénomène dans un grand nombre des cas publiés par M. Thornton. (*Transactions of the obst. Society of London*, vol. XXII, 1880.)

P. RODET.

De la douleur dans le cancer pelvien et de son soulagement par la morphine, par Francis-Henry CHAMPNEYS.

Ce travail a pour but d'insister sur les points suivants : 1° le choix d'un des modes d'administration de la morphine ; 2° et surtout d'apprécier la fréquence, la durée, le genre, le siège et l'intensité de la douleur dans le cancer de l'utérus et des organes pelviens.

Les statistiques de l'auteur établissent que la plus grande fréquence du cancer s'observe de 30 à 40 ans et de 40 à 50 ans ; les premiers chiffres sont en contradiction avec ce que l'on observe généralement. Le siège de la douleur qui est indiqué par les malades est le sacrum, puis les fosses iliaques surtout du côté gauche, puis la partie antérieure de la cuisse, etc. Les principales sensations éprouvées par les malades ont été les suivantes : « d'arrachement, d'élancement, de coup de poignard, de pesanteur, de brûlure, de l'une des périodes du travail ; les douleurs étaient également lancinantes, angoissantes, etc... Mais quel que soit le genre de douleur qui se soit manifesté, il n'y a jamais eu de relation entre l'intensité de la douleur et la durée de la maladie. Qu'elle est l'influence de l'hémorrhagie sur l'intensité de

la douleur? Il n'y a rien de fixe à cet égard : tantôt il y a du soulagement, tantôt au contraire une aggravation. Comme symptôme de retentissement sur les nerfs, on remarque principalement des tiraillements et des contractures, surtout dans la zone du sciatique; cela tient probablement à ce que les nerfs sont envahis par la maladie. On a en effet trouvé dans ces cas, à l'autopsie, soit une néoplasie épithéliale, soit une hypertrophie et hypergenèse du tissu cellulaire du névrilème des nerfs sciatique ou crural et généralement d'un seul côté. Les troubles de miction et de défécation qu'on a surtout notés sont la fréquence de ces actes et la sensation de douleurs qu'ils produisent. Enfin des fistules de diverses variétés.

Dans la seconde partie de son travail, l'auteur étudie l'efficacité de la morphine. Il l'administra en injections hypodermiques à la dose de 0 gr. 01 ; par le rectum à la dose de 0 gr. 025. Ce qui fait la supériorité de l'injection, c'est son action rapide et, après avoir employé cet agent dans un grand nombre de cas, l'auteur arrive à cette conclusion : c'est que le suppositoire morphiné, bien qu'étant appliqué dans le voisinage de la lésion, produit une action moindre que lorsque la morphine est donnée par la bouche, et ce mode d'administration est encore inférieur aux injections hypodermiques. (*Transactions of the obstetrical Society of London*, vol. XXII, 1880.)

P. RODET.

REVUE DES JOURNAUX

Grossesse extra-utérine, par Charles BELL. — La distinction classique en ovarienne, tubaire et abdominale ne peut être faite en réalité qu'à l'autopsie; du reste, si la distinction pouvait en être établie pendant la vie, cela ne changerait en rien les indications du traitement.

Symptômes. — Ils sont extrêmement variables; dans quelque cas ils ne diffèrent pas de ceux de la grossesse normale et la santé se conserve intacte pendant un certain temps. D'autres fois, on se croirait en présence d'une affection utérine ou ovarienne, causant dans l'abdomen des douleurs assez violentes pour produire la syncope. Dans certains cas il n'y a pas d'aménorrhée, ou la menstruation est

irrégulière et même dans les premiers mois les règles peuvent être ménorrhagiques. Il n'est pas rare de constater une expulsion de caillots par l'utérus qui peut faire croire à un avortement. Les seins augmentent de volume et l'aréole devient plus foncée; on observe aussi des troubles du côté de l'estomac. Il y a de la constipation, mais plus souvent de la diarrhée avec ténesme violent, surtout si la tumeur est dans le voisinage du rectum, et en même temps de l'anurie. On sent les mouvements du fœtus dans un endroit anormal. Champion regarde comme un symptôme important une sensation de malaise et de pesanteur dans le bassin, qui se propage à la région lombaire. L'exploration vaginale montre l'utérus un peu augmenté de volume, mais non à un degré qui correspond à la période de la grossesse. On a quelque fois de la peine à atteindre le col, et d'autres fois il fait saillie à la vulve.

Causes. — Elles sont très obscures : on a invoqué la peur, l'anxiété, la passion poussée à son paroxysme pendant les rapports sexuels; mais en réalité on ne sait rien de précis à ce sujet.

Diagnostic. — Très difficile, sinon impossible dans les premiers mois; mais à mesure que la grossesse avance, on peut arriver à le faire à l'aide du stéthoscope, de l'hystéromètre et par l'examen vaginal et rectal. Si l'on constate que le volume de l'utérus ne correspond pas à la période de la grossesse, il faut se méfier et les soupçons se changeront en certitude si l'on entend les bruits du cœur fœtal dans un endroit où on ne les entend pas d'habitude, s'il y a persistance de la menstruation; dans de pareilles circonstances on est autorisé à introduire l'hystéromètre, qui donnera alors de précieux renseignements.

Pronostic. — Il est extrêmement variable, mais il doit toujours être réservé.

Traitement. — Il doit être entièrement palliatif. On évitera les excitants; on fera rester la femme le plus longtemps possible dans le décubitus dorsal; on entretiendra la liberté du ventre, on calmera les douleurs avec du chloral, du bromure de potassium, etc., plutôt qu'avec l'opium qui peut causer des troubles digestifs, mais on peut administrer ce médicament avec grand avantage sous forme de suppositoires. L'opération césarienne a donné de bons résultats dans les cas de grossesse extra-utérine. (*Edinburgh medical journal*, octobre 1881, p. 295.)

Paul RODET.

Un nouveau mode de pansement du cordon. — Après avoir fait la section du cordon et baigné le nouveau-né, Dohrn fait placer l'enfant sur une table, lave avec une solution phéniquée à 2 1/2 0[0 le bout du cordon et la zone voisine de l'ombilic. Puis le cordon est fortement lié avec un petit ruban de toile, qu'on a fait tremper longtemps dans l'acide phénique : la portion du cordon qui dépasse est enlevée avec la première ligature. On recouvre l'ombilic d'une couche d'ouate phéniquée; et on applique avec soin sur le tout un morceau de sparadrap, large comme la main. Le bandage n'est pas renouvelé jusqu'au septième jour; lorsqu'on l'enlève à cette époque, on trouve le cordon complètement ou à peu près détaché; si le décollement n'est pas complet, on l'achève avec des ciseaux.

L'auteur a employé ce pansement chez 28 nouveau-nés avec d'excellents résultats, et sans accidents. Il a, sur la méthode ancienne, l'avantage de ne pas nécessiter de renouvellements fréquents et de fermer la porte à l'infection septique.

M. Sanger, au contraire, ne croit pas qu'il y ait lieu de remplacer le mode de pansement actuel par un pansement antiseptique, à moins que l'enfant ne se trouve dans un milieu infectieux.

A Leipzig, on ne fait qu'un pansement par jour. Après le bain du matin, le cordon bien desséché avec un linge est saupoudré d'un mélange d'amidon et d'acide salicylique, et enveloppé dans un morceau de linge, qu'on plie à la façon d'une enveloppe de lettre, qui empêche le contact direct avec la surface suppurante de l'ombilic; on applique par-dessus une petite couche d'ouate salycilée, et on fixe avec la bande.

Ce pansement n'est pas compliqué, quoi qu'en dise Dohrn. L'expérience prouve qu'il n'expose pas aux maladies infectieuses de l'ombilic, au moins tant que l'état sanitaire des accouchées est bon. Le cordon ne subit d'ailleurs que très rarement la décomposition putride : il est donc très rare qu'il devienne par lui-même un foyer d'infection septique. (Stutz, Hennig, Depaul.) (*Cent. f. Gynæk.* et *Revue des sc. méd.*, 15 oct. 1881.)

Rupture de l'utérus; drainage; guérison. — Le 26 mars, on apporte à l'hôpital une femme en état de collapsus extrême avec les signes objectifs d'une rupture de l'utérus. On pouvait sentir les extré-

irrégulière et mêm
ménorrhagiques. l
caillots par l'utéru
augmentent de vo
aussi des trouble.
plus souvent de
est dans le vois
sent les mouve
regarde comm
de pesanteur
L'exploration
mais non à u
a quelque fo
saillie à la

Causes. —
la passion
mais en r

Diagno
mois; m
faire à
nal et
pas à
chan
un e
la m
intr
me
ré

[illegible] paroi abdominale du côté droit.
[illegible] de l'utérus énergiquement con-
[illegible] constater que la tête du fœtus était au-
[illegible] On apprit qu'avant l'arrivée de la ma-
[illegible] douleurs avaient été extrêmement fortes et de
[illegible] après l'administration de l'ergot. Maintenant,
[illegible] ont cessé comme c'est l'habitude dès que la rupture
[illegible] Une application de forceps permit de faire une extrac-
[illegible] On découvrit par l'examen vaginal une vaste rupture du
[illegible] atteignant toutes les parois, assez étendue pour permettre de
pénétrer avec la main dans la cavité péritonéale, ce dont on profita pour extraire le placenta avec la main. L'état de la malade ne s'était pas ressenti de ces manipulations. Le lendemain matin, la douleur de l'abdomen, le tympanisme et les vomissements verdâtres, qu'on avait observés avant la délivrance, reparurent. Par suite de circonstances accidentelles on ne put introduire de tube à drainage que treize heures après la délivrance. Une fois mis en place, il donna issue à une quantité considérable de fluide sanguinolent. On retira de la vessie une quantité énorme d'urine. Pendant les premiers jours, des compresses glacées et de l'opium suffirent pour empêcher le développement de la péritonite. La température ne s'éleva pas au-dessus de 38°, et en deux semaines l'endroit de l'utérus déchiré était cicatrisé.

Cette observation montre que, dans le traitement des ruptures utérines, le drainage [illegible] un point capital, car le danger consiste [illegible] des liquides septiques dans la cavité péritonéale. [illegible] quelques cas où la conduite avait été la [illegible] des irrigations avec des solutions phé[illegible] Les avantages de cette méthode de traite[illegible] et l'application facile qui la recommande à [illegible] de campagne dans la clientèle desquels de [illegible] souvent observés. On pourra se dispenser des [illegible] intra-péritonéales, car elles ne sont pas [illegible] (*Centralblatt fur Gynækologie*, 14 mai 1881.)

Paul Rodet.

Faux travail à huit mois de grossesse; tête coiffée du segment antérieur de l'utérus remplissant l'excavation. Arrêt des douleurs. Accouchement à terme, par le Dr CARRIÉ (observation résumée). — Madame X... est une femme de 25 ans, primipare, d'une taille élevée, ayant un bassin très développé. Au huitième mois de sa grossesse, elle fut prise, à la suite d'une longue marche, de douleurs partant de la région lombaire, descendant jusqu'à la région pubienne, s'accompagnant de durcissement du globe utérin. On crut avoir affaire à un commencement de travail; mais au toucher le doigt ne pouvait pas pénétrer à plus de trois centimètres dans le vagin; il venait buter contre une tumeur dure, lisse, arrondie, remplissant toute l'excavation pelvienne, et qui n'était que la tête fœtale plongeant dans le petit bassin et recouverte par le segment antérieur de l'utérus. Tout à fait en haut et en arrière, on sentait le col notablement aminci, mou, à bords mamelonnés. Pendant les douleurs qui s'accentuèrent dans la journée, le col ne subit aucune modification; tandis que tout le fond de l'utérus se contractait d'une façon assez régulière, la partie accessible au doigt dans le vagin restait souple; le col n'était ni tendu, ni douloureux; le vagin restait complètement sec. Le soir, les douleurs devinrent encore plus fréquentes et plus vives : l'opium fut administré en lavement : peu à peu les contractions se calmèrent, la malade passa une nuit tranquille.

Cette femme fut maintenue au lit pendant huit jours environ ; le troisième jour, la tête était remontée au-dessus du détroit supérieur et se maintint dans sa position normale jusqu'au moment de l'accouchement, qui n'eut lieu qu'un mois après et qui fut très rapide. L'enfant était très petit. Cette disposition particulière semble n'avoir été due qu'à la petitesse de l'enfant, à l'ampleur du bassin et au relâchement des ligaments utérins. (*Bulletin de la Société médicale du Xe arrondissement*, n° 1, 1881).

VARIÉTÉS

Compresseur de l'ovaire ; par CH. FÉRÉ.— Depuis que M. Charcot a remis en honneur la compression ovarienne pour arrêter l'attaque d'hystérie, on a tenté, à différentes reprises, de remplacer la com-

... bagteme ... ne peut être ...

... imaginé par M. ... appareil ... avec ... compresseurs ...

... se proposent ...

... il a fait ... de temps, ... le compresseur ... en ...

... par M. Baillet, ...

... présente l'avantage ... un peu coûteux.

... que ... plus simple. ...

... vertical ...

... pas très ... un ... elles ... ation

d'un ou deux doigts sur la région ovarienne. Il n'était donc pas nécessaire de rechercher un appareil très énergique ; on pourrait, d'ailleurs, faire varier la force du ressort, suivant les sujets.

Pour les rares malades qui ont besoin d'être comprimées des deux côtés, M. Aubry a construit un bandage double qui s'applique aussi très facilement.

Ces compresseurs, qui sont très simples et d'un prix modique, ont l'avantage non seulement d'être portatifs, mais encore de comprimer sans serrer le ventre qui est généralement ballonné quand les malades sont sous le coup d'une attaque. Nous avons pu constater, depuis six mois que nous les expérimentons dans le service de M. Charcot, à la Salpêtrière, qu'ils sont supportés sans aucune gêne, et nous avons vu des malades suspendre leurs attaques pendant des périodes inouïes auparavant; l'une d'elles, par exemple, a pu garder le compresseur pendant trois semaines.

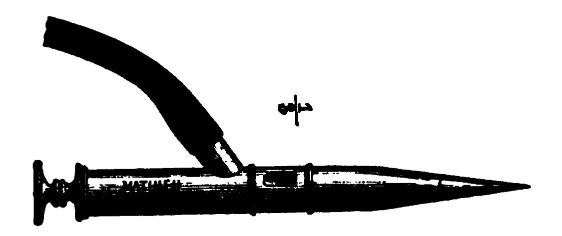
Nous ne voulons pas dire que la compression puisse arriver à supprimer les attaques. Cependant, nous devons enregister un fait important : une de nos malades, après avoir, sous les menaces permanentes de l'attaque, gardé le compresseur pendant plus de 20 jours, put l'enlever sans avoir d'attaque ; mais, au lieu de rester deux semaines ou plus sans éprouver de nouvelles menaces, comme cela lui arrivait lorsqu'elle avait été déchargée par une attaque, il lui fallut reprendre le bandage au bout de cinq jours. Ce fait montre que l'action de la compression est surtout suspensive ; toutefois, la possibilité de la suspension des attaques chez les hystériques qui vivent de la vie commune est assez importante pour qu'on doive chercher à rendre aussi pratique que possible les moyens qui la produisent.

(*Progrès médical*).

Trocart fixateur des kystes de l'ovaire, du Dr Duplouy, de Rochefort. — (*Société de chirurgie du* 23 novembre 1881.) — Cet instrument consiste essentiellement en un trocart de forme ordinaire dont la canule est largement percée au-dessous du tube latéral de déversement de quatre fenêtres opposées deux à deux, dans une direction perpendiculaire, assez larges pour être facilement senties avec le doigt; un manchon extérieur en caoutchouc, dont le niveau ne dépasse pas celui du tube métallique, rétablit la continuité de la canule Il offre une

hauteur d'environ trois centimètres et il peut être facilement renouvelé.

Cette disposition, qui peut être adaptée à telle ou telle forme de canule, ne gêne en rien le jeu du poinçon.



L'instrument une fois engagé franchement dans le kyste, le poinçon est retiré comme à l'ordinaire, puis la poche est amenée avec des pinces à griffes au delà des fenêtres et traversée en deux points opposés, ainsi que la canule, avec une aiguille munie d'un fil très fort; on répète cette manœuvre à travers les deux autres fenêtres et il ne reste plus qu'à ammarrer solidement le tout. Pas une goutte de liquide ne peut dès lors tomber dans le péritoine, et le trocart ainsi fixé peut servir à attirer le kyste pendant les manœuvres d'extraction.

Erratum.— Dans le mémoire de M. Hélot, publié dans notre précédent numéro, lire à la cinquième ligne : *courants électriques*, au lieu de : *courants continus*.

Ecole pratique. — *Applications médicales, chirurgicales et obstétricales de l'électricité.* M. le Dr Apostoli commencera son cours mercredi 7 décembre à 2 heures, amphithéâtre n° 3, pour le continuer tous les mercredis suivants à la même heure.

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

Travaux d'obstétrique et de gynécologie, précédés d'éléments de pratique obstétricale, par le professeur PAJOT. Paris, H. Lauwereyns. Prix : 12 fr.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME XVI

Juillet à Décembre 1881.

A

Accouchements (Les — par l'électricité), 383.
— (Sur le traitement de l'hémorrhagie après l'—), 402.
— (L'antisepticisme dans les —), 384.
Affections utérines, 318.
Allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col de l'utérus, 202.
AMANN, 372.
Amputation du col de l'utérus, 198, 376.
Antéflexion (Guérison de la stérilité due à l'— de l'utérus gravide), 238.
Antiseptiques dans les accouchements, 384.
Aphonie rebelle guérie par l'appareil à redressement des déviations utérines, 398.
APOSTOLI, 383.
Avortement, 79.
— (Considérations sur certains —), 161.

B

BAR, 81.
BARNES, 378, 402.
BELL, 465.
BARTHELEMY, 23, 85.
BATTEY, 312.
BEAUREGARD, 367.
BENNET, 375,
BROWN, 237.
BUDIN, 219.

C

Caduque (La cellule de la — est-elle caractéristique de l'état de gravidité), 158.
Cancer pelvien, 464.
CAMPA, 387.
Carcinome de l'utérus survenu à la 17e année, 64.
CARRIE, 469.
Castration des femmes, 130, 312.
CHAMPNEYS, 464.
CHANTREUIL, 72.
Chirurgie réparatrice du canal génital, 374.
Chute de l'utérus (Traitement chirurgical de la —), 459.
Clinique des maladies des femmes, 425.
Col (Traitement des maladies du — pendant la grossesse), 233.
Col de l'utérus, 376.
— (Amputation du —), 198.
— (Allongement hypertrophique de

la portion sus-vaginale du —), 202.
— (Sur la structure et la signification pathologique des ulcérations du —), 246.
Col utérin (De la déchirure du —), 375.
COLE, 318.
Compresseur de l'ovaire, 469.
Congrès de Londres, 78.
Contractions utérines provoquées par l'électricité, 321.
CORDES, 112, 160.
CREDE, 153.

D

Délivrance (Etude ethnologique sur la —), 146.
— (Sur la — par la méthode de Credé), 153.
Déplacements utérins (De la curabilité des —), 317.
— de l'utérus (Curabilité des—), 444.
— (Traitement mécanique de quelques — et de quelques maladies utérines), 318.
DESPRÉS, 141, 455.
Dilatation de l'utérus, 383.
DUBRISAY, 40.
Dysménorrhée membraneuse, 305.
Dystocie fœtale par anévrysme de l'aorte, 67.

E

Eclampsie puerpérale (L'— est le plus souvent la conséquence d'une compression de l'utérus), 456.
— (Sur les causes de l'—), 370.
EDIS, 318.
ENGELMANN, 146.
Electricité (Recherches sur les contractions utérines provoquées par l'—), 321.
— (Les accouchements par l'—), 383.
Embryotomie et opération césarienne, 456.
Epispadias féminin, 63.
EUSTACHE, 456, 459.
Eventration complète intra-utérine du fœtus compliquant le travail. 237.
Extirpation totale de l'utérus, 370.

F

Faux travail à 8 mois de grossesse, 469.
FAVRE, 300.
FERE, 469.
FISCHEL, 246.
Fistule vésico-vaginale (Opération de la —) dans les cas de destruction du sphincter de la vessie, 220.
Flexions utérines (Traitement des —), 234.
Fœtus (Eventration complète intra-utérine du— compliquant le travail), 237.
Forceps (Essais pratiques du dernier modèle du — Tarnier), 1.
— Tarnier, 218, 307.
— (Courbures du —), 218.
FREUND, 370.
FRITSCH, 460.
GALLARD, 425.

G

Génération humaine, 388.
GERVIS, 234.
GRASSI, 213.
Gravidité, 158.
Grossesse, 265.
— extra-utérine, 464.
— (Observation pour servir à l'histoire de l'évolution des tumeurs pendant la —), 81.
— (Tumeurs érectiles pendant la —), 213.
— (Emploi des moyens antiseptiques pendant la —), 232.
— (Traitement local des maladies du col pendant la —), 233.
— (Vomissements opiniâtres dans la —), 239.
— de onze mois; fœtus mort, 365.
— (Hydrorrhée pendant la —), 385.
— gémellaire (Sur une disposition particulière des œufs dans la —), 219.
GUENIOT, 331.
Gynécologie (Les opérations inutiles en —), 112.

H

HALBERTSMA, 456.
HARDOU, 236.
HARRIS, 349.
HART, 459.
HELOT, 321.
Hémorrhagie post puerpérale, 402.
— puerpérale, 378.
— post partum, 380.
Hermaphrodisme (Nouveau cas d'—), 220.
HERVIEUX, 364.
HEWITT, 316.
HICKS, 219.
Hydrocèle chez la femme, 235.
Hydrorrhée pendant la grossesse, 385.

